

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

[Redacted]

434

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]
 2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] 3. SEXO Hombre Mujer Se ignora
 4. ENTIDAD DE RESIDENCIA [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]
 5. CURP [Redacted] 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI Se ignora
 7. NACIONALIDAD Mexicana Se ignora
 8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora [Redacted] Minutos [Redacted] Para menores de un día [Redacted] Horas [Redacted] Para menores de un mes [Redacted] Días [Redacted] Para menores de un año [Redacted] Meses [Redacted] Para personas de un año o más [Redacted] Años cumplidos [Redacted] Se ignora
 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted]
 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) Viudo(a) Casado(a) Soltero(a) Se ignora
 En unión libre Divorciado(a)

DE LA DEFUNCIÓN

11. ESCOLARIDAD Ninguna Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5 Bachillerato Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99
 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta 12.1 Trabajaba SI No Se ignora 9
 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99
 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 IMSS PROSPERA 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8
 15. Lugar de defunción: [Redacted] 16. Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]
 17. Hora de defunción: [Redacted] 18. Lugar de defunción: [Redacted]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)
 PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 12 días, 12 días, 3 años. Código CIE [Redacted]
 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica [Redacted]
 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo [Redacted]
 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]
 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No 2 Se ignora 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0 Área deportiva 3 (taller, fábrica u obra) Área industrial (rancho o parcela) 6 Calle o carretera (vía pública) 4 Granja 7 Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5 Otro 8 Se ignora 9 22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) [Redacted]
 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]
 22.7 Anotar el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio [Redacted]

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

REG. N.

[Redacted signature and registration information]

SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS REGISTROS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]	
2. FECHA DE NACIMIENTO 16/10/1921		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. CURP [Redacted]			
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: [Redacted] Para menores de un día: [Redacted] Para menores de un mes: [Redacted] Para menores de un año: [Redacted] Para personas de un año o más: [Redacted]			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		8.2 Semanas de gestación: [Redacted]	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
10.7 Código Postal: [Redacted]		10.8 Localidad: [Redacted]	
10.9 Municipio o delegación: [Redacted]		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): [Redacted]	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
11.1 La escolaridad: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEXEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEXEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
14.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted]			
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [Redacted]			
15. [Redacted]			
16. [Redacted]			
17. [Redacted]			
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. [Redacted] PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo. [Redacted]			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]			
22.7 Anule el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vivienda: [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior: [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior: [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted]			

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL REG. CIVIL

DEL CERTIFICANTE

DEL INF.



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

436



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 10 DE ENERO DE 2018	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 01	ACTA No. 00047	

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO. [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: DEPARTAMENTO DE PRIMERA CLASE _____ ORDEN NO. _____

DONDE FALLECIO: CA [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: CA [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

[REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED] FIRMAS [REDACTED] [REDACTED]

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED] FIRMA [REDACTED]





SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

Mujer 1 Se hombre 2

Para menores de 28 días antes:

8.1 Fecha del Certificado de Nacimiento:

0.2 Semanas de gestación

9. ESTADO CONYUGAL

Separado(a) 8

Vivir(a) 2

Casado(a) 9

DEL FALLECIDO

11. ESCOLARIDAD

Ninguna 1

Preescolar 12

Primaria 3

Secundaria 5

11.1 (La escolaridad seleccionada es:)

12

Se ignora 99

Bachillerato o preparatoria 7

Profesional 8

Posgrado 10

Se ignora 99

Completa 1 Incompleta 2

12.1 Trabajaba

Si 1

No 2

Se ignora 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 1

ISSSTE 3

SEDENA 5

Seguro Popular 7

Otra 8

IMSS 2

PEMEX 4

SEMAR 6

IMSS PROSPERA 10

Se ignora 99

13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud 1

IMSS 3

PEMEX 5

SEMAR 7

14.1 Nombre de la unidad médica

Unidad médica

15

Via pública 10

Otro lugar 12

IMSS PROSPERA 10

ISSSTE 3

SEDENA 5

Otra unidad pública 8

Unidad médica privada 9

16

Hogar 11

Se ignora 99

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada razón. Esje señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directa/ente

a) [Redacted]
b) Causas antecedentes: Estar en mal estado de salud, si existiera alguna, que contribuyeron a la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica.
c) Debido a (o como consecuencia de)
d)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Código CIE

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1

El parto 2

El puerperio 3

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Si 1

No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Si 1

No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Codigo CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

22.1 Fue un presunto

accidente 1

homicidio 2

suicidio 3

Se ignora 9

Si 1

No 2

Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Vivienda particular 0

Área deportiva 3

Área industrial (taller, fábrica u otra) 6

Granja (rancho o parcela) 7

Otro 8

Vivienda colectiva (caso, ofanato, etc.) 1

Café o cantonera (vía pública) 4

Área comercial o de servicio 5

Se ignora 9

Escuela u oficina pública 2

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el homicidio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:

22.7.1 Tipo de vivienda

22.7.2 Número de la vivienda

22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior

22.7.5 Tipo de asentamiento humano

22.7.6 Nombre del asentamiento humano

Art. 1

Fracc. LFTAIP

Motivación 1

31.1 Acta Núm.

32.2 Municipio o delegación

32.3 Entidad federativa

32.4 Día Mes Año

SE ENTREGA EN COPIA AL REGISTRO CIVIL PARA ELIMITAR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



439

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 22 DE ENERO DE 2018	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 01	ACTA No. 00103	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		FINADO

5666009

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD)

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: TERCERA SECCION ANTIQUO MUNICIPAL

ORDEN NO. [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION [REDACTED]

NOMBRE DEL [REDACTED]

NO. DE CEDULA [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

NACIONALIDAD [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

NACIONALIDAD [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN UNIDOS MEXICANOS
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

[REDACTED]



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) CIVIL

2. FECHA DE NACIMIENTO Primer Apellido

Segundo Apellido

Nació en el extranjero) Se ignora

NACIONALIDAD Mexicana 1 Otra

8. EDAD CUMPLIDA

Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento 8.2 Semanas de gestación:

9. ESTADO CONYUGAL Se ignora

En unión libre 4 Separado(a) 6 Viudo(a) 2 Casado(a)

10. RESIDENCIA HABITUAL Se ignora

10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa para (si reside en el extrajero)

11.1 La escolaridad seleccionada es:

Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99

11.2 La escolaridad seleccionada es: 1 Incompleta Completa

12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora

15. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte **DIAS** **30 AÑOS** **30 AÑOS**

Código CI

PARTE II

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? 1 No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

22.1 Fue un presunto: Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? 1 No 2 Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0 Área deportiva 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4 Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vivienda

22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior

22.7.5 Tipo de asentamiento humano

22.7.2 Nombre de la vivienda

22.7.6 Nombre del asentamiento humano

DEL REG. Art. 110A DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO O JUZGADO

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

29.10 Entidad federativa

29.11 Teléfono

32.1 Localidad

DEL REG. Art. 110A DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO O JUZGADO

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

29.10 Entidad federativa

29.11 Teléfono

32.1 Localidad

DEL REG. Art. 110A DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO O JUZGADO

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

29.10 Entidad federativa

29.11 Teléfono

32.1 Localidad

DEL REG. Art. 110A DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO O JUZGADO

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

29.10 Entidad federativa

29.11 Teléfono

32.1 Localidad

DEL REG. Art. 110A DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO O JUZGADO

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

29.10 Entidad federativa

29.11 Teléfono

32.1 Localidad

DEL REG. Art. 110A DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO O JUZGADO

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

29.10 Entidad federativa

29.11 Teléfono

32.1 Localidad

ENTREGUE EL ORIGINAL. LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL,
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

442



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 22 DE ENERO DE 2018	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 01	ACTA No. 00102	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR: HORAS [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: PRIMERA CLASE [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: ANOS [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL [REDACTED]

NO. DE CEDUL [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

FIRMAS

TESTIGO _____

DECLARANTE _____

TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED]





SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Nombre(s) _____ Primer Apellido _____

Sexo: Masculino Femenino

Se ignora 9

DEL FALLECIDO

11. La escolaridad seleccionada es:

Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5

Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99

Completa 1 Incompleta 2

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7

IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10

Otra 8 Se ignora 99

13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7

Unidad _____ 14.1 Nombre de la unidad médica _____

Via pública 10 Otro lugar 12

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____

Código CIE _____

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? 1 Si 2 No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? 1 Si 2 No

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

22.1 Fue un presunto: Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? 1 Si 2 No 3 Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0 Área deportiva 3

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Café o carretera (vía pública) 4

Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5

Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(te) fallecido(a): _____

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:

22.7.1 Tipo de vitalidad _____ 22.7.2 Nombre de la vitalidad _____

22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____

22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____

22.7.7 Código Postal _____

DEL REG. CIVIL

23. NOMBRE DEL INF. _____

25. CERTIFICANTE: Persona a Secretarías de Salud

27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE _____

29. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE _____

31. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REG. CIVIL: 1 Si 2 No

31.1 Acta de defunción No. _____

Fracción _____ DEL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 29 DE ENERO DE 2018	
LIBRO 01	ACTA No. 00134	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA SIERRA NEGRA		ENTIDAD FEDERATIVA

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGUE: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED]

DESTINO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

DONDE FUE DEFUNTO: [REDACTED]

CAUSAS DE DEFUNCION: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL DEFUNTO: [REDACTED]

NO. DE CENSA: [REDACTED]

DOMICILIO DEL DEFUNTO: [REDACTED]

DECLARANTE: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SELLO DEL OFICIAL
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA SIERRA NEGRA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

AP. 108
Fol. 17
LFTAP

FOLIO

[Redacted]

En nombre del Estado Libre y Soberano de Morelos y como Oficial del Registro Civil de este lugar, hago saber a los que la presente vieren, y certifico que en el Libro Número [Redacted] del Registro Civil que es a mi cargo, a la foja se encuentran asentados los datos siguientes:

445

ACTA DE DEFUNCION

CRIP
CUBR

[Large redacted area covering the main body of the act]

MADRE

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[Redacted area for annotations]

Registro
Municipio
la
en todas
nos con
lista.



[Redacted]

FECHA DE EXPEDICION



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

[Redacted area]

DEL FALLECIDO

[Redacted area]

DE LA DEFUNCIÓN

Causas antecedentes
Estados morbosos, si
existiera alguno, que
produjeron la causa
consignada arriba,
mencionándose en
último lugar la causa
básica

- h) Debido a (o como consecuencia de)
- c) Debido a (o como consecuencia de)
- d)

PARTE II:
Otros estados patológicos
significativos que contribuyeron a
la muerte, pero no relacionados
con la enfermedad o estado
morboso que la produjo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
El embarazo 1
43 días a 11 meses
después del parto o aborto 4

El parto 2
El puerperio 3
No estuvo embarazada en los
últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas
fueron complicaciones
propias del embarazo,
parto o puerperio?

Si 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas
se relacionan con el embarazo,
parto o puerperio?

Si 1 No 2

22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Código CIE

[Redacted area]

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto
Accidente 1 Homicidio 2
Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de
su trabajo?
Si 1 No 2 Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión
Vivienda particular 0
Vivienda colectiva
(salón, orfanato, etc.) 1
Escuela u oficina
pública 2

Área deportiva 3
Calle u carretera
(vía pública) 4
Área comercial o
de servicio 5

Área industrial
(taller, fábrica u obra) 6
Granja
(rancho o parcela) 7
Otro 8
Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tenía el
presunto agresor con el(los)
fallecido(s)

22.5 La defunción fue registrada en el
Ministerio Público con el acta número:

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión
del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vivienda

22.7.2 Nombre de la vivienda

22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior

22.7.5 Tipo de asentamiento humano

22.7.6 Nombre del asentamiento humano

MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS

Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

Fracc. I
LFTAIP

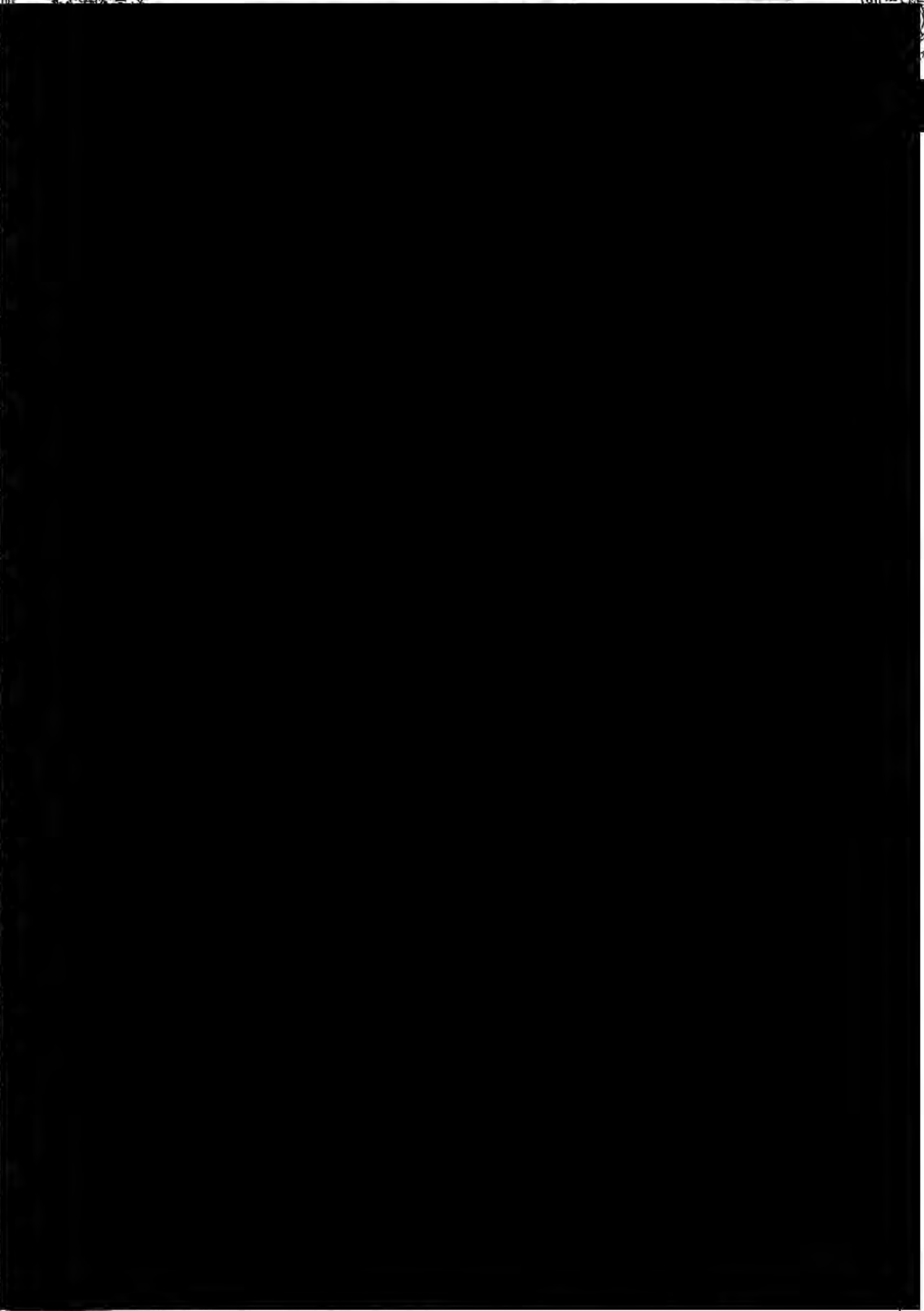
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO CIVIL

447



FIRMAS

TESTIGO

DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO



EL C. OFICIAL M. DE REGISTRO CIVIL

FIRMA

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
MUNICIPIO DE...
TESTIGO
QUIENES EN...

M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
MATE LA...
SELO DE LA OFICIALIA
REGISTRO CIVIL
2010-2010



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

NOMBRE DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8
IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99

13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Via 1 Otro 2

15.

15.

16.

18. CAUSAS DE DEFUNCIÓN

PARTE I
Enfermedad, lesión patológica que produjo la muerte directamente

Mediario aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Código CIE

Causas antecedente
Estados morbosos que existieron antes de producir la causa consignada arriba mencionándose el último lugar la causa básica

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3
43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

SI 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

SI 1 No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

SI 1 No 2 Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Escuela u oficina pública 2
Área deportiva 3 Calle o carretera (via pública) 4 Área comercial o de servicio 5

Área Industrial (taller, fábrica u otra) 6
Granja (rancho o parcela) 7
Otro 8
Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tiene el presunto agente con el fallecido

22.5 La defunción fue registrada en el

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto agente, homicidio o suicidio

Art. 110
Fracc.
LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

449



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
INTEGRAL 1

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]

OFICIO NÚM. [REDACTED]

ASUNTO: INFORME A REGISTRO
CIVIL

[REDACTED]

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
P R E S E N T E.

Por este conducto notifico a Usted, del fallecimiento de la persona del sexo [REDACTED]
que en vida respondió al nombre de [REDACTED] de quien
informo lo siguiente:

[REDACTED]

Lo que comunico a Usted, para los efectos de [REDACTED] a que haya lugar.

Ministerio Público
del Distrito Judicial
[REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

ZONA NORTE
DISTRITO JUD. DE HIDALGO
38V261V2018L4156365N2018
H. COLÉGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLSKSWAGEN

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR CON LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS COTIZADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS COTIZADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

FUENTES ACCIDENTALES Y VICIENTAS

450

Se ignora 0g

Se ignora 0g

Casado(a) 05
Se ignora 0g

Se ignora 099

Incompleto 0g

Primaria 03 Secundaria 05
Posgrado 10 Se ignora 99

ISSSTE 03 SEDENA 05 Seguro 07 Otra 08
SEMEX 04 SEMAR 06 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99

13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?
 Sí 01 No 02 Se ignora 00

15. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
 Sí 01 No 02

16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?
 Sí 01 No 02 Se ignora 00

17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
 Sí 01 No 02

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 30 min
12 hrs

Código CIE

21. ¿LA FUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS?
 El parto 01 El puerperio 03
 El embarazo en los últimos 11 meses previos a la muerte 05

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?
 Sí 01 No 02

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
 Sí 01 No 02

22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
 Código CIE

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión
 Vivienda particular 00 Área deportiva 03
 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 01 Calle o carretera (vía pública) 04
 Escuela u oficina pública 02 Área comercial o de servicio 05
 Área industrial (fábrica u obra) 06
 Circo (rancho o parcela) 07
 Otro 08
 Se ignora 09

22.4 Anote la situación que tenía el presunto agente causante (a) fallecido (a)

22.6 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto agente, homicida o suicida

22.7.1 Tipo de vitalidad

22.7.2 Nombre de la vitalidad

22.7.5 Tipo de asentamiento humano

22.7.6 Nombre del asentamiento humano

Motivación 1

PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 2



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Méjula 2012.1
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

2451

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

Sexo: Masculino Femenino No sabe

Edad: Menor de un año De un año a 14 años De 15 a 24 años De 25 a 34 años De 35 a 44 años De 45 a 54 años De 55 a 64 años De 65 años o más

8. EDAD CUMPLIDA

Para menores de una hora: Minutos []

Para menores de un día: Horas []

Para menores de un mes: Días []

Para menores de un año: Meses []

Para personas de un año o más: Años cumplidos [06] [15] Se ignora

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) Viudo(a) Casado(a) En unión libre Divorciado(a) Soltero(a) Se ignora

10. FRECUENCIA DE ENFERMEDADES

Ninguna Preescolar Bachillerato o preparatoria Profesional

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA Se ignora ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra

13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

14. SI NO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR IMSS Otra Se ignora

14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]

Via pública Otro lugar

15. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo muerte directamente. [Redacted]

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 3 Años

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo.

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio 43 días a 11 meses después del parto o aborto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto: Accidente Homicidio Suicidio Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicio Área Industrial (taller, fábrica u obra) Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS CONYUGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INE

DEL CERTIFICANTE

REG. CIVIL



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



452

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 07 DE FEBRERO DE 2018	
LIBRO 01	ACTA No. 00157	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA SIERRA		ENTIDAD FEDERATIVA

MUNICIPIO IGUALA DE LA SIERRA

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR DE DEFUNCION: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

(LOCALIDAD)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NO. DE IDENTIFICACION: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

FIRMAS

TESTIGO: [REDACTED]

DECLARANTE: [REDACTED]

TESTIGO: [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

SELO DE LA OFICIALIA

EL AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
MUNICIPAL DE LA SIERRA DE IGUALA, GUER.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

453



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 12 DE FEBRERO DE 2018	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 01	ACTA No. 00176	ENTIDAD FEDERATIVA

MUNICIPIO
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD): [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGUE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: HOSPITAL ROYAL CARE CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: DEPARTAMENTO DE TERCERA CLASE ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CREDITO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

[REDACTED] FIRMAS [REDACTED]

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE LA LOCALIDAD DE IGUALA, COA.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

Se ignora

2. CUMPLIDA

Para menores de una hora: Minutos _____

Para menores de un día: Horas _____

Para menores de un mes: Días _____

Para menores de un año: Meses _____

Para personas de un año o más: _____

3. ESTADO CONYUGAL

En unión libre Separado(a) Viudo(a) Casado(a)

Divorciado(a) Soltero(a) Se ignora

4. RESIDENCIA HABITUAL

Ninguna Prescolar Primaria Secundaria Tercera Superior Superior de

Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta

5. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra

IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA Se ignora

6. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____

Código CIE: _____

7. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio

43 días a 11 meses después del parto o aborto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto, o puerperio? SI No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: _____

8. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto: Accidente Homicidio Suicidio Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública Área deportiva Calle o carretera (vía públicas) Área comercial o de servicio Área industrial (taller, fábrica u obra) Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora

22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a): _____

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____

22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vivienda: _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda: _____

22.7.3 Núm. Exterior: _____ 22.7.4 Núm. Interior: _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: _____

22.7.7 Código Postal: _____ 22.7.8 Localidad: _____

9. DEL REG. CIVIL

10. DEL CERTIFICANTE

11. DEL INF.

Art. 110 ATENCION: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Art. 113
 Fracc. V, VII Fracc. I
 LFTAIP LFTAIP
 Motivación 1 Motivación 2

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION



455

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 09 DE FEBRERO DE 2016	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 01	ACTA No. 00171	ENTIDAD FEDERATIVA

MUNICIPIO
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NO. DE CARNET: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTE REQUISITOS.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017,
FOLIO

156
15180287506

1. NOMBRE DEL FALLECIDO

2. Sexo: Masculino Femenino

3. Edad: _____ años

4. Semanas de gestación: _____ 8.3 Peso (gramos): _____

5. ESTADO CONYUGAL: Casado/a Separado(a) Viudo/a Soltero/a

6. Años cumplidos: _____

10. RESIDENCIA HABITUAL

11. Lugar de nacimiento

12. Lugar de nacimiento

13. Lugar de nacimiento

14. Lugar de nacimiento

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS ORIGINARIOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

15. Causas entre Estados morbosos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo

16. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A MUERTE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

21.1 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.4 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.5 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.6 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.7 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.8 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.9 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.10 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.11 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.12 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.13 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.14 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.15 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.16 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.17 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.18 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.19 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.20 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.21 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.22 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.23 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.24 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.25 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.26 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.27 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.28 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.29 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.30 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.31 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.32 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.33 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.34 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.35 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.36 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.37 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.38 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.39 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.40 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.41 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.42 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.43 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.44 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.45 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.46 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.47 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.48 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.49 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

21.50 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

22. LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 ¿Fue un presunto accidente? Sí No

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

457

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 12 DE FEBRERO DE 2018	
LIBRO 01	ACTA No. 00178	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

[REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE _____
NOMBRE DEL PADRE _____
NOMBRE DE LA MADRE _____

FECHA DE DEFUNCION _____
LUGAR: _____
DESTINO DEL CADAVER _____
UBICACION: _____
DONDE FALLECIO: _____
CAUSAS DE LA MUERTE _____

TIPO DE DEFUNCION _____
NOMBRE DEL MEDICO _____
NO. DE CEDI _____
DOMICILIO: _____

NOMBRE: _____
NACIONALIDAD: _____
DOMICILIO: _____

NOMBRE: _____
NACIONALIDAD: _____
DOMICILIO: _____

LA PRESENTE

FIRMAS

TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

El C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL _____

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

Art. 11
Fr. 1
LFTAIIP



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

CONFORME A LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [REDACTED]

2. [REDACTED]

3. [REDACTED]

4. [REDACTED]

5. [REDACTED] Se ignora

6. [REDACTED] Se ignora

7. [REDACTED] Se ignora

8. [REDACTED] Se ignora

9. [REDACTED]

10. [REDACTED]

11. [REDACTED]

12. [REDACTED]

13. [REDACTED]

14. [REDACTED]

15. [REDACTED]

16. [REDACTED]

17. [REDACTED]

18. [REDACTED]

19. [REDACTED]

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]

21.1 Si la defunción corresponde a una mujer de 16 a 44 años, especifique si la muerte ocurrió durante:
 El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3
 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

22.1 Fue un presunto:
 Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 4

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1 No 2 Se ignora 3

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión:
 Vivienda particular 0 Área deportiva 3
 Vivienda colectiva (edificio, oficina, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4
 Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5

22.4 Área de la relación que tenía el presunto agror con el(los) fallecido(s):
 Área Industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7
 Otro 8 Se ignora 9

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]

22.6 Describe brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [REDACTED]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [REDACTED]

22.7.1 Tipo de vivienda: [REDACTED]

22.7.2 Nombre de la vivienda: [REDACTED]

22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior: [REDACTED]

22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [REDACTED]

22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [REDACTED]

22.7.7 Código Postal: [REDACTED]

22.7.8 Localidad: [REDACTED]

22.7.9 Municipio o delegación: [REDACTED]

22.7.10 Entidad federativa: [REDACTED]

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [REDACTED]

DEL REG. CIVIL [REDACTED]

DEL CERTIFICANTE [REDACTED]

DEL INF. [REDACTED]

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01
FECHA DE REGISTRO 12 DE FEBRERO DE 2018

LIBRO 01 ACTA No. 00181 LOCALIDAD IGUALA

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO
NOMBRE: [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]
IGUALA (LOCALIDAD): [REDACTED]
NOMBRE DEL CONVINO: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: 10 DE FEBRERO DE 2018 HORA: 21:15

LUGAR: SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO NO.: 170203058

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: ANTIQUO MUNICIPAL

UBICACION: PRIMERA CLASE

DONDE FALLECIO: [REDACTED]
CAUSAS DE LA DEFUNCION: [REDACTED]
TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
NOMBRE DEL DEFUNTO: [REDACTED]
NO. DE CEDULA: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]
PARENTESCO: [REDACTED]
OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA SE LEYÓ Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

[REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARIA DE SALUD
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GAO.
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO: [Redacted]

3. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) Casado(a) Viudo(a) Se ignora

4. Años cumplidos: 05

DEL FALLECIDO

11. ESCOLARIDAD: [Redacted]

10.9. Múltiple [Redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

Patología que produjo la muerte directamente: [Redacted]

Causas antecedentes: [Redacted]

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 54 AÑOS:

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

22.1 Fue un presunto: Accidente Homicidio Suicidio Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Área deportiva Vivienda colectiva Calle o carretera Escuela u oficina pública Área comercial o de servicio Área industrial Granja Otro Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a): [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

22.7.1 Tipo de vialidad: [Redacted]

22.7.2 Nombre de la vialidad: [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior: [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior: [Redacted]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL REG. CIVIL DEL CERTIFICANTE DEL

Art. 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Fracc. V, VII Fracc. I

LFTAIP LFTAIP

Motivación 1 Motivación 2

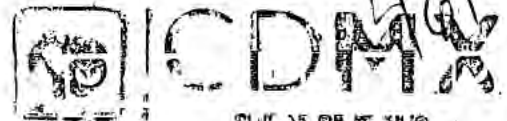
ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL,
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

REGISTRO CIVIL

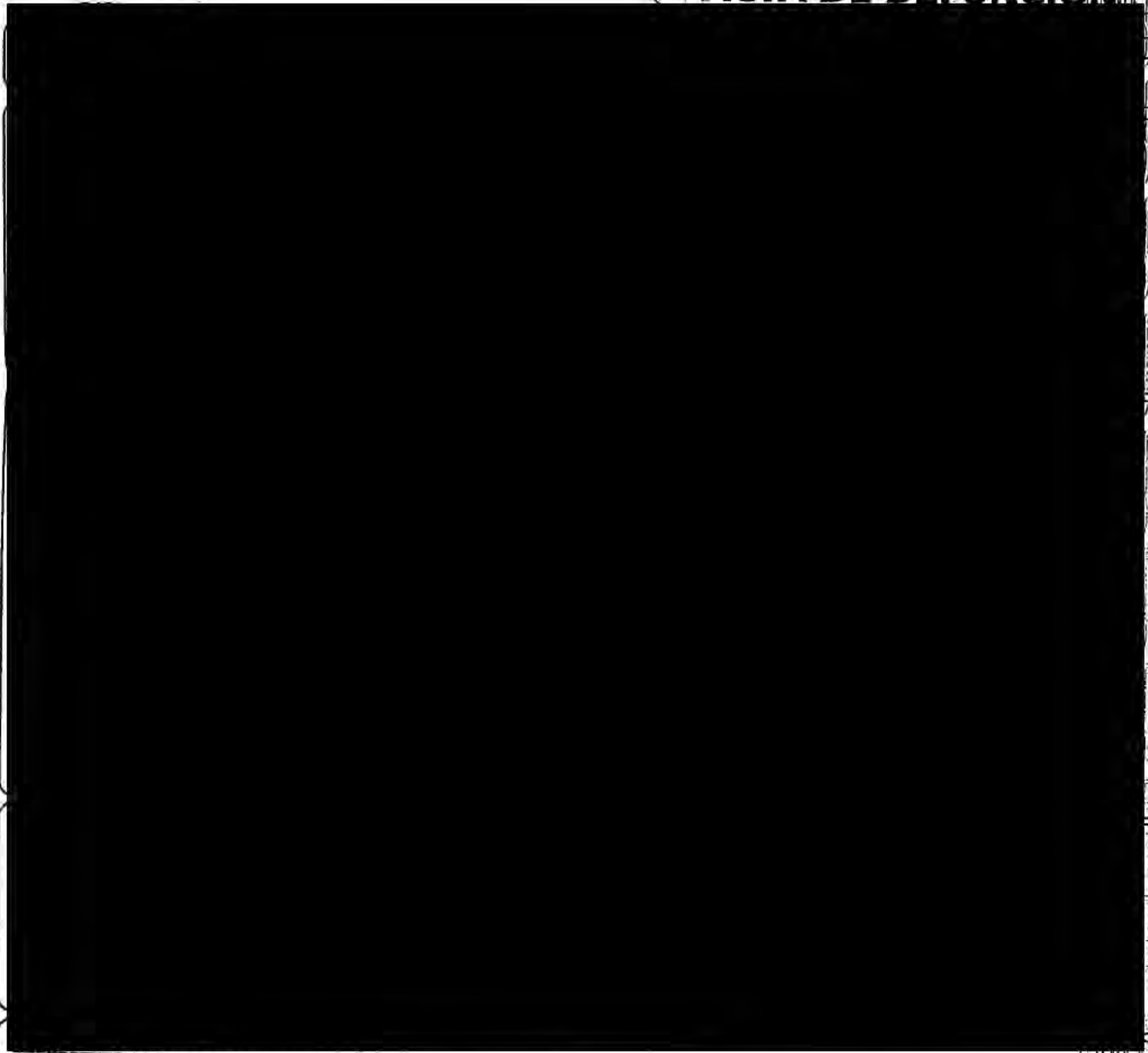
494000



GOBIERNO DEL



ACTA DE DEFUNCION



[Faint, illegible text, possibly a date or location]

<p>Se dio por terminado el acto y firma la presente, para constancia, los que en ella intervinieron y saben hacerlo y los que no, imprimen su huella digital. Se cierra el acta que autoriza. Doy fé EL JUEZ 22</p>		<p>ESTADO DEL REGISTRO CIVIL</p> <p>DEL REGISTRO CIVIL</p>
<p>NOMBRE DEL JUEZ</p> <p>[Redacted]</p>	<p>FIRMA DEL JUEZ</p> <p>DIRECCION GENERAL DEL REGISTRO CIVIL</p> <p>JUZGADO 22°</p>	

ESTA ACTA SE RELACIONA CON LOS FOLIOS DE ANOTACIONES QUE SE SEÑALAN, SIN LOS CUALES ESTA INCOMPLETA:

No:	Fecha:	Firma:
No:	Fecha:	Firma:

PAGO DE DERECHOS \$ —

COMPROBANTE

JMD

Dirección General Del Registro Civil

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

462



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 12 DE FEBRERO DE 2018	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 01	ACTA No. 00178	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		FINADO

NOMBRE: [REDACTED]
 FECHA: [REDACTED]
 LUGAR: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DEL [REDACTED]
 NOMBRE DE LA [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]
 LUGAR: [REDACTED]
 DESTINO DEL [REDACTED]
 UBICACION: [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA DEFUNCION: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
 NOMBRE DEL [REDACTED]
 NO. DE CEDULA: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
 NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
 ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

[REDACTED]
 EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

[REDACTED]



M. AYUNTAMIENTO
 CONSTITUCIONAL
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRU.
 OFICIALIA 01 DEL
 REGISTRO CIVIL.
 2015-2018



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

[Redacted]

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]		DEL CERTIFICANTE
	2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted]		
	3. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 5 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	4. EDUCACIÓN Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Incompleta <input type="radio"/> 2 Seleccionada es: [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99		
	5. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		
	6. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		
	7. 13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]		
	8. 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]		
	9. 14.2 Clave Única de Establecimiento de Salud (CUES) [Redacted]		
	10. CAUSAS ANTERIORES Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: [Redacted]		
	Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica: c) [Redacted] d) [Redacted]		
	11. PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo: [Redacted]		
	12. 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		
	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
	13. 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Redacted]		
	14. MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): [Redacted]		
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		
	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]		
	22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vivienda: [Redacted]		
	15. DEL REG. CIVIL [Redacted]		

Fracc. V, VII
LFTAIP

Fracc. I
LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

464

OFICIALIA 01
FECHA DE REGISTRO 18 DE FEBRERO DE 2018

LIBRO 01 ACTA No. 00199 LOCALIDAD IGUALA

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA ENTIDAD FEDERATIVA

NOMBRE: [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]
IGUALA (LOCALIDAD)
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: [REDACTED]
CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]
TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
NOMBRE DEL MEDICO: [REDACTED]
NO. DE CEDULA: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SELLO DE LA OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, OAX.
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

ANTES DE LLENAR LA FOLIO DE DECLARACIONES ESTE CERTIFICADO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. [Redacted]		3. [Redacted]		4. [Redacted]		5. CURP		6. ¿HABIA LLENADO LA FOLIO DE DECLARACIONES ESTE CERTIFICADO? Se ignora <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/>		7. ¿HABIA LLENADO LA FOLIO DE DECLARACIONES ESTE CERTIFICADO? Se ignora <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/>	
	8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes		Para menores de un año		Para personas de un año o más		8.3 Años cumplidos: <u>83</u> Se ignora <input type="radio"/>	
	9. ESTADO CONYUGAL		Separado(a) <input type="radio"/>		Viudo(a) <input type="radio"/>		Casado(a) <input type="radio"/>		En unión libre <input type="radio"/>		Divorciado(a) <input type="radio"/>		Soltero(a) <input checked="" type="radio"/>	
DE LA DEFUNCIÓN	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/>		ISSSTE <input type="radio"/>		SEDENA <input type="radio"/>		Seguro Popular <input type="radio"/>		Otra <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/>		IMSS <input checked="" type="radio"/>		PEMEX <input type="radio"/>		SEMAR <input type="radio"/>		Unidad médica		14.1 Nombre de la unidad médica	
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		PARTE I		Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) [Redacted]		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Código CIE		[Redacted]	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/>		El parto <input type="radio"/>		El puerperio <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:		22.1 Fue un presunto:		Accidente <input type="radio"/>		Homicidio <input type="radio"/>		Suicidio <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	
	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		Vivienda particular <input type="radio"/>		Área deportiva <input type="radio"/>		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/>		Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/>		Escuela u oficina pública <input type="radio"/>		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/>	
DEL INF.	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad		22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior	
	22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano		22.7.7 Códigos Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio		22.7.10 Estado		22.7.11 País	
	22.7.12 Códigos Postal		22.7.13 Localidad		22.7.14 Municipio		22.7.15 Estado		22.7.16 País		22.7.17 Fecha		22.7.18 Hora	
DEL REG. CIVIL	31.1 Acta Núm.		32.2 Municipio o delegación		32.3 Entidad federativa		32.4 Día		32.5 Mes		32.6 Año		32.7 Hora	

Art. 110 Fracc. V LFTAIP

Motivación 1

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE DE MARCAR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

468

OFICIALIA 01 FECHA DE REGISTRO 20 DE FEBRERO DE 2018
LIBRO 02 ACTA No. 00213 LOCALIDAD IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED] EMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: LOTE 117, PRIMERA CLASE ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

FIRMAS [REDACTED]

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED] FIRMA [REDACTED]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
MUNICIPIO DE LA OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2018-2018



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017
FOLIO



ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		[Redacted]	
	2. APELLIDO		[Redacted]	
DEL REG. CIVIL	3. EDAD CUMPLIDA		[Redacted]	
	4. ESTADO CONYUGAL		[Redacted]	
DE LA DEFUNCIÓN	5. ESCOLARIDAD		[Redacted]	
	6. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		[Redacted]	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	7. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		[Redacted]	
	8. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		[Redacted]	
DEL REG. CIVIL	9. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		[Redacted]	
	10. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		[Redacted]	
DEL REG. CIVIL	11. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		[Redacted]	
	12. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		[Redacted]	

Art. 11
Fracc. V, VII
LFTAI

Motivación 1

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

INTERESADO

Fracc. I
LFTAI

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

468



OFICIALIA 01 FECHA DE REGISTRO 20 DE FEBRERO DE 2018
LIBRO 02 ACTA No. 00214 LOCALIDAD IGUALA

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA ENTIDAD FEDERATIVA

NOMBRE: [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]
IGUALA (LOCALIDAD)
NOMBRE DEL CONYUGE
NOMBRE DEL PADRE
NOMBRE DE LA MADRE

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED]
DESTINO DE [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: CAL [REDACTED]
CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL DEFUNTO: [REDACTED]
NO. DE CENSA: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: CUÑADA
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: COL. SOLIDARIDAD, IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS: [REDACTED]
TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

El C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL FIRMA: [REDACTED]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, COA.
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		[Redacted]		469	
	8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año
DE LA DEFUNCIÓN	9. ESTADO CONYUGAL		Separado(a)		Viuudo(a)	Casado(a)
	13. ASOCIACIÓN		Ninguna		ISSSTE	SEDENA
DE LA DEFUNCIÓN	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)		PARTES I Y II		Código CIE	
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tiene el presunto agresor con el(los) fallecido(s)	
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	22.7.1 Tipo de vitalidad		22.7.2 Nombre de la vitalidad		22.7.3 Num. Exterior	
	22.7.4 Num. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
	22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación	
DEL CERTIFICANTE	31.1 Acta Núm.		32.2 Municipio o delegación		32.3 Entidad federativa	
	31.2 Fecha		32.4 Día		32.5 Año	

Art. 110
Fracc. V.
LFTAIP

Motivación 1

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1470

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [REDACTED]

2. [REDACTED]

3. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora: [REDACTED] min; Para menores de un día: [REDACTED] Horas; Para menores de un mes: [REDACTED] Dias; Para menores de un año: [REDACTED] Meses; de un año o más: [REDACTED] Años completos

4. Para menores de 28 días antes: [REDACTED] 0.2 Semanas de gestación; [REDACTED] 0.3 Peso (gramos);

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) 8; Vuelto(a) 9; Casado(a) 10; Soltero(a) 11; Divorciado(a) 12; Viudo(a) 13

10. Nivel de escolaridad: Ninguna 1; Preescolar 2; Primaria 3; Secundaria 4; Bachillerato o preparatoria 7; Profesional 8; Posgrado 10; Se ignora 99; Completa 9; Incompleta 02

13. AFIILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna 1; IMSS 2; IMEX 4; SEMAR 6; IMSS PROSPERA 10; SEDENA 5; Seguro Popular 7; Otra 8; Se ignora 99

DEL LUGAR DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud 1; IMSS 3; IMSS PROSPERA 2; ISSSTE 4; SEMAR 7; EX 5; Unidad [REDACTED]

14.1 Nombre de la unidad médica [REDACTED]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [REDACTED]

16. Intervalo que transcurrió entre el inicio de la enfermedad y la muerte: [REDACTED] días

DE LA DEFUNCIÓN

17. ENFERMEDAD, LESIÓN O ESTADO PATOLÓGICO QUE PRODUJO LA MUERTE DIRECTAMENTE [REDACTED]

18. Otras enfermedades, lesiones o estados morbosos, si existiere alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa principal [REDACTED]

19. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo [REDACTED]

DE LA CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 21.1 ¿Causa de la muerte ocurrió durante: El embarazo 1; 30 días a 11 meses después del parto o aborto 4; No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5; El puerperio 3

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de las causas del embarazo, parto o puerperio? SI 1; No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1; No 2

20. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN [REDACTED]

DE LA SITUACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente 1; Homicidio 2; Suicidio 3; Se ignora 9; 22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1; No 2; Se ignora 9

22.3 ¿Situación donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0; Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1; Escuela u oficina pública 2; Área deportiva 3; Calle o carretera (vía pública) 4; Área comercial o de servicio 5; Área Industrial (taller, fábrica u obra) 6; Granja (rancho o parcela) 7; Otro 8; Se ignora 9

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [REDACTED]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda [REDACTED]; 22.7.2 Nombre de la vivienda [REDACTED]; 22.7.3 Núm. Exterior [REDACTED]; 22.7.4 Núm. Interior [REDACTED]; 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [REDACTED]; 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [REDACTED]

DE LA DEFUNCIÓN

21. Sexo: [REDACTED]

22. Municipio o delegación: [REDACTED]

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAI

Motivación 1

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL

Motivación 2



Estados Unidos Mexicanos

Acta de Defunción

Nº de Certificado de Defunción de la SSA

Entidad de Registro
MÉXICO

Municipio de Registro

Datos de la Persona Fallecida:

[Redacted area containing personal data of the deceased]

19/0

Fe

INFAR

A
SIN A

Sello

[SAN]460314[MGR]VC15[JACOBO]SALGADO[NAVAIM]711[AB]SOCORRO ALPINO MZ. 147 LT. 1534, LAZÁRO
Cárdenas, TLALNEPANTLA DE BAZ, MÉXICO[0]30[INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO 15 MINUTOS,
INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA 12 HORAS, SINDROME SENL 11 AÑOS - 2015-02-19 00:00:00, IGUALA DE
LA INDEPENDENCIA, GUERRERO[IMPAL. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA]LUIS VAZQUEZ
MARTINEZ[2799481]BLVD. REFORMA SIN. SANTA CLARA, TULTITLÁN, MÉXICO[0]383504[COND. HONORADA
15, UNIDAD HABITACIONAL LA LOMA, TULTITLÁN, MÉXICO[0]383504[COND. HONORADA
CARMEN DOMINGUEZ[MARTINEZ]AV. HERMENEGILDO GALEANA 35, BUENAVISTA, TULTITLÁN,
MÉXICO[0]383504[COND. HONORADA]

AleyZTQRmZ+HNbdOwbolSx6mTlgD++XhbJOL4HSOupPhnKAL37ID1XXoYp480rx9ZMcJ
QLZiWmK6z8U6yJTCACQoiDSk8cW5RT1EpbakpZm2JX6q6TadsvP3Mj6euCXHXuvit42
0+Sog75vP27gPgQsIKDR0ZYaVdsMwnSped3LPPmoP4URvZGLhCrzVFHICp+X9K0ldwGik
ydt003JaeIN7zwY287zSeFGIYZITue7LiwPQh648pGs2PhgXJO2s2NQPo5smv5wxJoY7BPic
3RmBAZdv56Hm5TL7tazu6U2LV6US1XSM0CkuOrifCnEmMjLN/TNAg==

[Redacted area]

[Redacted area]

[Handwritten signature]

MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
MAURICIO NOGUEZ ORTIZ
DIRECTOR GENERAL DEL REGISTRO CIVIL

[Redacted area]

El contenido del acta puede ser verificado en: <http://validatuacta.edomex.gob.mx> capturando el identificador electrónico que se encuentra en la parte superior derecha.

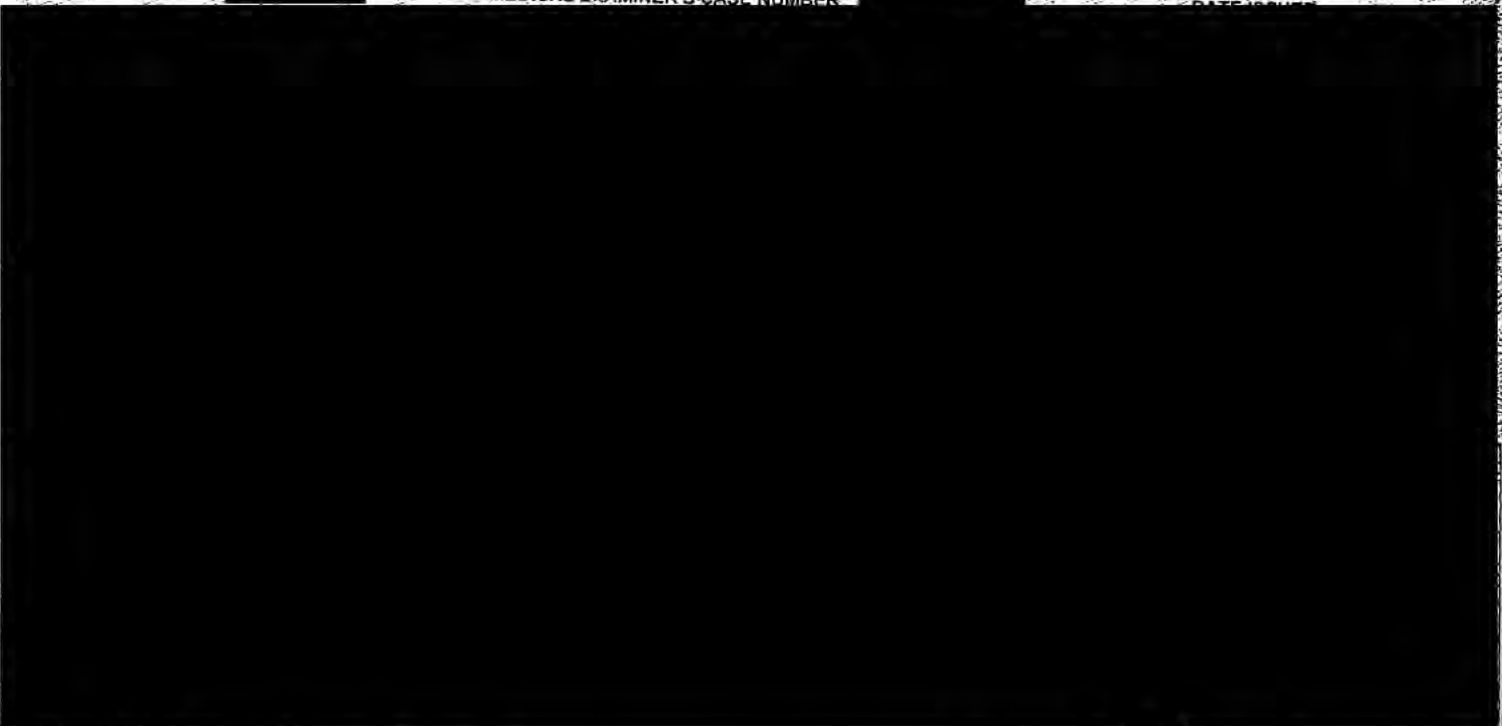
CERTIFICATION OF DEATH RECORD

COOK COUNTY CLERK VITAL RECORDS
CHICAGO, ILLINOIS
MEDICAL EXAMINER/CORONER CERTIFICATE OF DEATH

472

STATE FILE NUMBER

MEDICAL EXAMINER'S CASE NUMBER



THE WORD VOID APPEARS WHEN PHOTOCOPIED

SEAL AND COUNTY SEAL AT BOTTOM

IMMEDIATE CAUSE
(Final disease or condition
resulting in death)

- a. _____
Due to (or as a consequence of):
- b. _____
- c. _____
Due to (or as a consequence of):

APPROXIMATE
INTERVAL BETWEEN
ONSET AND DEATH



This is to certify that this is a true and correct copy from the official death record filed with the Illinois Department of Public Health.



ANY ALTERATION OR ERASURE VOIDS THIS CERTIFICATE



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



473

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 27 DE FEBRERO DE 2018	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 02	ACTA No. 00228	ENTIDAD FEDERATIVA

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

NOMBRE: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
 DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]
 IGUALA (LOCALIDAD)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]
 LUGAR: SECRETARIA [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]
 UBICACION: POSA [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
 NOMBRE DE [REDACTED]
 NO. DE CED [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
 NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 PARENTESCO: [REDACTED]
 OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
 NOM [REDACTED]
 NAC [REDACTED]
 DOM [REDACTED]
 NOM [REDACTED]
 NAC [REDACTED]
 DOM [REDACTED]
 OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS NOTACIONES SIGUIENTES:
 PRESENTE REQUISITOS
DE LA REPUBLICA
AL DE INVESTIGACION
IN PARA EL CASO

FIRMAS [REDACTED]
 DECLARANTE [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

[REDACTED] FIRMA [REDACTED]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
 H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
 OF. 01 DEL REGISTRO CIVIL
 2015-2018

Al...
Firma...
LPTAP

Al...
Firma...
LPTAP

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

RECIBÍSE EN EL ORIGINAL LA COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. [Redacted]		2. [Redacted]	
3. [Redacted]		4. [Redacted]	
5. [Redacted]		6. [Redacted]	
7. [Redacted]		8. [Redacted]	
9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA	
Se parado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5		Anotar el domicilio	
En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> 9 Soltero(a) <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 9		10.3 Num. Exterior	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:	
Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8		Arro de [Redacted]	
IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		13. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	
15.7 Código Postal		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
Día Mes Año		Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Causas concomitantes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Código CIE	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo		2 años	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		2 años	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		1 año	
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3		1 mes	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5			
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Código CIE	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			
Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
22.1 Fue un presunto		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3	
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	
Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6	
Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		Otro <input type="radio"/> 8	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.7 Anotar el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)	
22.7.1 Tipo de vivienda			
22.7.2 Nombre de la vivienda			
22.7.3 Núm. Exterior			
22.7.4 Núm. Interior			
22.7.5 Tipo de asentamiento humano			
22.7.6 Nombre del asentamiento humano			
DEL CERTIFICANTE		DEL INF.	
MOTIVACIÓN 1		MOTIVACIÓN 2	

RECIBÍSE EN EL ORIGINAL LA COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01
LIBRO 02
FECHA DE REGISTRO 02 DE MARZO DE 2018
ACTA No. 00252

LOCALIDAD IGUALA

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO:
LUGAR DE NACIMIENTO:
DOMICILIO HABITUAL: CA
IGUALA (LOCALIDAD)
NOMBRE DEL CONYUGE
NOMBRE DEL PADRE
NOMBRE DE LA MADRE



FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: HOGAR CERTIFICADO
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]
UBICACION: TERCERA CLASE ORDEN NO.:
DONDE FALLECIO: [REDACTED]
CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO: [REDACTED]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRU.
OFICINA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

Acto de Defuncion

Motivación 1

INTERESADO

Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

180277271

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE OCHO DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [REDACTED]

2. FECHA DE NACIMIENTO [REDACTED]

3. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI NO Se ignora

4. NACIONALIDAD Mexicana Se ignora

5. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora: Minutos: Para menores de un día: Horas: Para menores de un mes: 6 17 Días: Para menores de un año: Meses: Para personas de un año más: Años cumplidos: Se ignora

6. ESTADO CIVIL: Casado(a) Se ignora

7. FOLIO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO: [REDACTED]

8. 2 Semanas de gestación: [REDACTED]

9. 3 Peso (gramos): [REDACTED]

10. ESTADO CIVIL: Casado(a) Se ignora

11. ESCOLARIDAD: Ninguna Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta

12. OCUPOSIÓN: SI NO Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 6 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PRÓSPERA 10 Se ignora 99

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7

DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente [REDACTED]

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 5 días

Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE [REDACTED]

Debida a (o como consecuencia de) [REDACTED]

Debida a (o como consecuencia de) [REDACTED]

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo [REDACTED]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS, Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 4 5

21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI NO

21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI NO

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente 1 homicidio 2 suicidio 3 Se ignora 9

22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI NO Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Escuelas u oficinas públicas 2 Área deportiva (paseo, cancha, etc.) 3 Calle o carretera (vía pública) 4 Área comercial o de servicio 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [REDACTED]

22.5 Descripción breve de la situación, circunstancias y motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [REDACTED]

22.6 Nombre de la localidad [REDACTED]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda [REDACTED] 22.7.2 Nombre de la vía [REDACTED] 22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior [REDACTED] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [REDACTED] 22.7.6 Nombre [REDACTED]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE
DEL REG.



SECRETARÍA DE SALUD
 CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
 FOLIO

*MARZO
 18*

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA V COPIA RESERVA Y LA 3ª COPIA (ALDA) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS DEL SECTOR PRIVADO Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO

2. FECHA DE DEFUNCIÓN

3. EDAD DEL FALLECIDO

4. SEXO DEL FALLECIDO

5. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

6. CAUSA DE DEFUNCIÓN

7. CAUSA DE DEFUNCIÓN

8. CAUSA DE DEFUNCIÓN

9. CAUSA DE DEFUNCIÓN

10. CAUSA DE DEFUNCIÓN

11. CAUSA DE DEFUNCIÓN

12. CAUSA DE DEFUNCIÓN

13. CAUSA DE DEFUNCIÓN

14. CAUSA DE DEFUNCIÓN

15. CAUSA DE DEFUNCIÓN

16. CAUSA DE DEFUNCIÓN

17. CAUSA DE DEFUNCIÓN

18. CAUSA DE DEFUNCIÓN

19. CAUSA DE DEFUNCIÓN

20. CAUSA DE DEFUNCIÓN

21. CAUSA DE DEFUNCIÓN

22. CAUSA DE DEFUNCIÓN

23. CAUSA DE DEFUNCIÓN

24. CAUSA DE DEFUNCIÓN

25. CAUSA DE DEFUNCIÓN

26. CAUSA DE DEFUNCIÓN

27. CAUSA DE DEFUNCIÓN

28. CAUSA DE DEFUNCIÓN

29. CAUSA DE DEFUNCIÓN

30. CAUSA DE DEFUNCIÓN

31. CAUSA DE DEFUNCIÓN

32. CAUSA DE DEFUNCIÓN

33. CAUSA DE DEFUNCIÓN

34. CAUSA DE DEFUNCIÓN

35. CAUSA DE DEFUNCIÓN

36. CAUSA DE DEFUNCIÓN

37. CAUSA DE DEFUNCIÓN

38. CAUSA DE DEFUNCIÓN

39. CAUSA DE DEFUNCIÓN

40. CAUSA DE DEFUNCIÓN

41. CAUSA DE DEFUNCIÓN

42. CAUSA DE DEFUNCIÓN

43. CAUSA DE DEFUNCIÓN

44. CAUSA DE DEFUNCIÓN

45. CAUSA DE DEFUNCIÓN

46. CAUSA DE DEFUNCIÓN

47. CAUSA DE DEFUNCIÓN

48. CAUSA DE DEFUNCIÓN

49. CAUSA DE DEFUNCIÓN

50. CAUSA DE DEFUNCIÓN

51. CAUSA DE DEFUNCIÓN

52. CAUSA DE DEFUNCIÓN

53. CAUSA DE DEFUNCIÓN

54. CAUSA DE DEFUNCIÓN

55. CAUSA DE DEFUNCIÓN

56. CAUSA DE DEFUNCIÓN

57. CAUSA DE DEFUNCIÓN

58. CAUSA DE DEFUNCIÓN

59. CAUSA DE DEFUNCIÓN

60. CAUSA DE DEFUNCIÓN

61. CAUSA DE DEFUNCIÓN

62. CAUSA DE DEFUNCIÓN

63. CAUSA DE DEFUNCIÓN

64. CAUSA DE DEFUNCIÓN

65. CAUSA DE DEFUNCIÓN

66. CAUSA DE DEFUNCIÓN

67. CAUSA DE DEFUNCIÓN

68. CAUSA DE DEFUNCIÓN

69. CAUSA DE DEFUNCIÓN

70. CAUSA DE DEFUNCIÓN

71. CAUSA DE DEFUNCIÓN

72. CAUSA DE DEFUNCIÓN

73. CAUSA DE DEFUNCIÓN

74. CAUSA DE DEFUNCIÓN

75. CAUSA DE DEFUNCIÓN

76. CAUSA DE DEFUNCIÓN

77. CAUSA DE DEFUNCIÓN

78. CAUSA DE DEFUNCIÓN

79. CAUSA DE DEFUNCIÓN

80. CAUSA DE DEFUNCIÓN

81. CAUSA DE DEFUNCIÓN

82. CAUSA DE DEFUNCIÓN

83. CAUSA DE DEFUNCIÓN

84. CAUSA DE DEFUNCIÓN

85. CAUSA DE DEFUNCIÓN

86. CAUSA DE DEFUNCIÓN

87. CAUSA DE DEFUNCIÓN

88. CAUSA DE DEFUNCIÓN

89. CAUSA DE DEFUNCIÓN

90. CAUSA DE DEFUNCIÓN

91. CAUSA DE DEFUNCIÓN

92. CAUSA DE DEFUNCIÓN

93. CAUSA DE DEFUNCIÓN

94. CAUSA DE DEFUNCIÓN

95. CAUSA DE DEFUNCIÓN

96. CAUSA DE DEFUNCIÓN

97. CAUSA DE DEFUNCIÓN

98. CAUSA DE DEFUNCIÓN

99. CAUSA DE DEFUNCIÓN

100. CAUSA DE DEFUNCIÓN





ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
[REDACTED]



477
175

OFICIALIA 01
FECHA DE REGISTRO 06 DE MARZO DE 2018

LIBRO ACTA No. LOCALIDAD

[REDACTED]

NOMBRE DE [REDACTED]
NOMBRE DE [REDACTED]
NOMBRE DE [REDACTED]
FECHA DE DEFUNCION [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED]
DESTINO DEL [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED]
DONDE FALLE [REDACTED]
CAUSAS DE LA [REDACTED]
TIPO DE DEFUNCION [REDACTED]
NOMBRE DEL [REDACTED]
NO. DE CEDULA [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS
[REDACTED] [REDACTED]

DECLARANTE

TESTIGO

EN LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
VINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

[REDACTED]



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, OAX.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2016-2018

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

Edad _____ Sexo Masculino Femenino

Fecha de nacimiento _____

Estado de nacimiento _____

País de nacimiento _____

Se ignora 9

Escolaridad seleccionada es:

Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5

Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99 Completa 1 Incompleta 2

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8

IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, estenla, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) _____

b) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

c) _____

d) _____

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Código CIE

12 horas

96 horas

20 años

20 años

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 14 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1 El parto 2 el puerperio 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Si 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas somatizaron el embarazo, parto o puerperio?

Si 1 No 2

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Si 1 No 2 Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular 0 Área deportiva 3

Vivienda colectiva (apartamento, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4

Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5

22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

Área industrial (lateral, fábrica u obra) 6

Granja (rancho o parcela) 7

Otro 8

Se ignora 9

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____

22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad _____

22.7.2 Nombre de la vialidad _____

22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____

22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____

22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

II. EDAD CUMPLIDA

Para menores de una hora

Minutos

Para menores de un día

Horas

Para menores de un mes

Días

Para menores de un año

Meses

Para personas de un año o más

Años cumplidos

Se ignora

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:

8.2 Semanas de gestación:

8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL

Separado(a)

Viudo(a)

Casado(a)

Ninguna Preescolar Primaria Secundaria
Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
Ninguna ISSSTE SEDENA
IMSS PEMEX SEMAR

14. SITIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR
IMSS ISSSTE SEDENA Otra unidad

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Causas antecedentes
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Código CIE

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
El embarazo El parto El puerperio
43 días a 11 meses después del parto o aborto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto
Accidente Homicidio Suicidio Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?
Sí No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión
Vivienda particular Área deportiva
Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Calle o carretera (vía pública)
Escuela u oficina pública Área comercial o de servicio
Área industrial (taller, fábrica u obra) Granja (rancho o parcelas) Otro Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de viabilidad

22.7.2 Nombre de la viabilidad

Art. 110 de Núm. 32.2 Municipio o delegación 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año

Fracc. V, VII LFTAI P FENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Fracc. I LFTAI P

Motivación 1

Motivación 2

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES



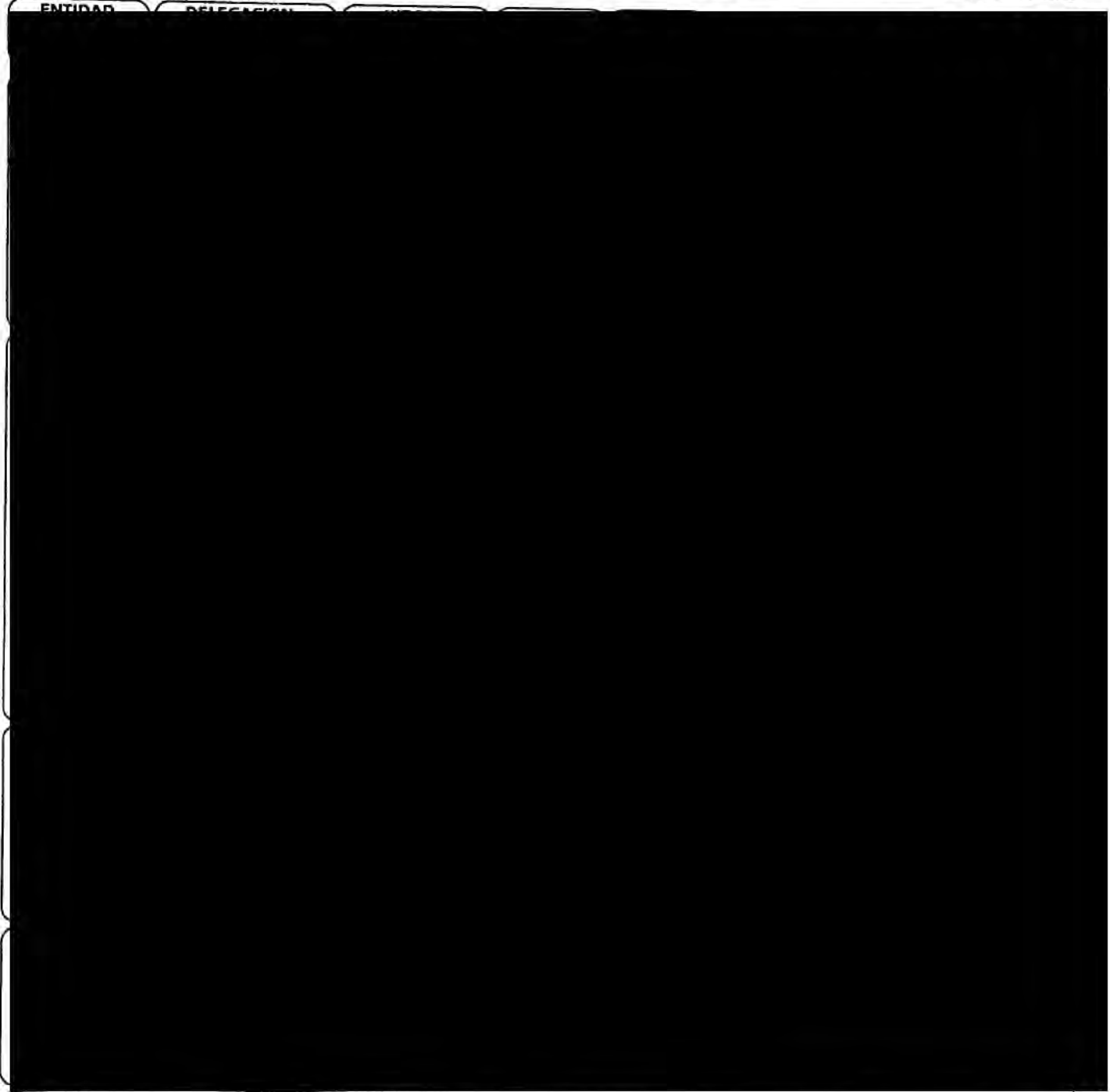
REGISTRO CIVIL

451

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

2037674

ACTA DE DEFUNCION



[Handwritten signature]

FIRMA

Se dio por terminado el acto y firma la presente, para constancia, los que en ella intervinieron y saben hacerlo y los que no, imprimen su huella digital. Se cierra el acta que autoriza. Doy fé EL JUEZ 14º DEL REGISTRO CIVIL

NOMBRE DEL JUEZ

FIRMA DEL JUEZ

LIC. JUAN SALAZAR ACOSTA

ESTA ACTA SE RELACIONA CON LOS FOLIOS DE ANOTACIONES QUE SE SEÑALAN, SIN LOS CUALES ESTA INCOMPLETA:

No: Fecha: Firma:
No: Fecha: Firma:

PAGO DE DERECHOS \$ --

COMPROBANTE DE PAGO No. ---

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LA FOLIA...

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

3. SEXO
 Hombre 1, Mujer 2, Se ignora 9

5. CURP [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?
 SI 1, No 2, Se ignora 9

7. NACIONALIDAD
 Mexicana 1, Otra 2, Se ignora 9

8. EDAD CUMPLIDA
 Para menores de una hora: Minutos [Redacted]
 Para menores de un día: Horas [Redacted]
 Para menores de un mes: Días [Redacted]
 Para menores de un año: Meses [Redacted]
 Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted]

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]
8.2 Semanas de gestación: [Redacted]
8.3 Peso (gramos): [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL
 Separado(a) 6, Viudo(a) 2, Casado(a) 5
 En unión libre 4, Divorciado(a) 3, Soltero(a) 7, Se ignora 9

10. RESIDENCIA
 10.1 Municipio o delegación: [Redacted]
 10.2 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): [Redacted]

11. ESCOLARIDAD
 Ninguna 1, Preescolar 12, Primaria 3, Secundaria 5, Bachillerato o preparatoria 7, Profesional 8, Posgrado 10, Se ignora 99
 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1, Incompleta 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL
 12.1 Trabajaba: SI 1, No 2, Se ignora 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
 Ninguna 1, ISSSTE 3, SEDENA 5, Seguro Popular 7, IMSS 2, PEMEX 4, SEMAR 6, IMSS PROSPERA 10, Se ignora 99

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
 Secretaría de Salud 1, IMSS 3, PEMEX 5, SEMAR 7, IMSS PROSPERA 2, ISSSTE 4, SEDENA 6, Otra unidad pública 8, Unidad médica privada 9
 14.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted]
 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES): [Redacted]
 13.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]
 13.2 Tipo de lugar: Via pública 10, Otro lugar 12, Hogar 11, Se ignora 99

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I
 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente
 [Redacted]

PARTE II
 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo.
 [Redacted]

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
 Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
 El embarazo 1, El parto 2, El puerperio 3
 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?
 SI 1, No 2

21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
 SI 1, No 2

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
 22.1 Fue un presunto:
 Accidente 1, Homicidio 2, Suicidio 3, Se ignora 9
 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?
 SI 1, No 2, Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión
 Vivienda particular 0, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1, Escuela u oficina pública 2, Área industrial (taller, fábrica u obra) 6, Área deportiva 3, Calle o carretera (vía pública) 4, Área comercial o de servicio 5, Granja (rancho o parcela) 7, Otro 8, Se ignora 9

22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
 [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
 [Redacted]

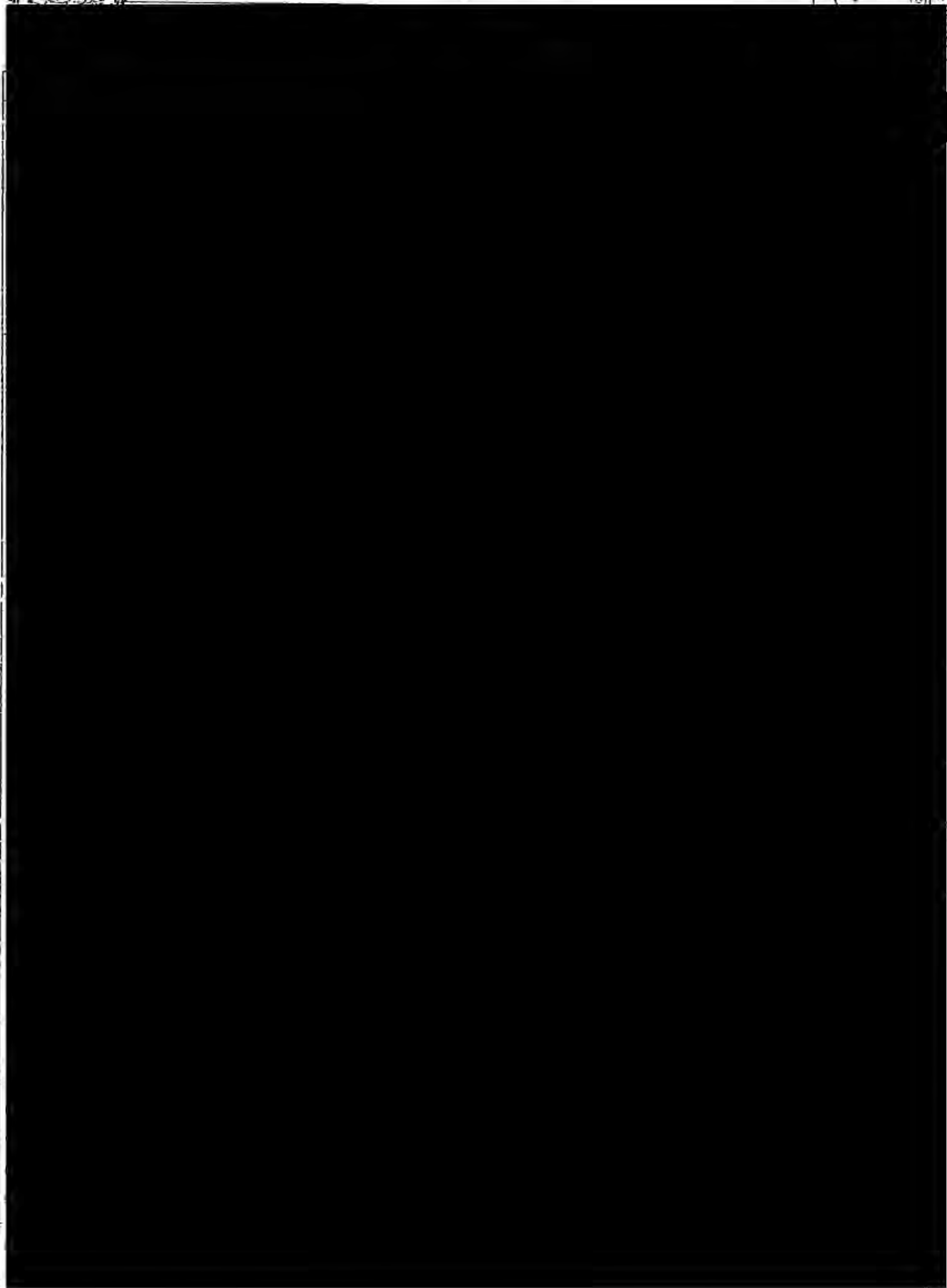
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
 22.7.1 Tipo de vivienda: [Redacted]
 22.7.2 Nombre de la vivienda: [Redacted]
 22.7.3 Núm. Exterior, 22.7.4 Núm. Interior: [Redacted]
 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted]
 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted]

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES.



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



FIRMAS

TESTIGO

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON / SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
MUNICIPIO DE CUERNAVACA
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Para menores de 28 días anote:

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:

8.2 Semanas de gestación:

9. ESTADO CONYUGAL

Separado(a) 0

Viudo(a) 2

Castado(a) 5

En unión libre 4

Divorciado(a) 3

Soltero(a) 1

Se ignora 6

10. RESIDENCIA HABITUAL

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 1

ISSSTE 3

SEDENA 5

Seguro Popular 7

Otra 8

IMSS 2

PEMEX 4

SEMAR 6

IMSS PROSPERA 10

Se ignora 99

13.1 Número de seguridad social o afiliación:

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud 1

IMSS 3

PEMEX 5

SEMAR 7

IMSS PROSPERA 2

ISSSTE 4

SEDENA 6

Otra unidad pública 8

Unidad médica privada 9

14.1 Nombre de la unidad médica

Via pública 10

Otro lugar 12

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I
 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a)

Causas antecedentes
 Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b)

c)

d)

PARTE II
 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Código CIE

Leuco

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1

El parto 2

El puerperio 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto 4

No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

SI 1

No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

SI 1

No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
 Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

22.1 Fue un presunto

Accidente 1

Homicidio 2

Suicidio 3

Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

SI 1

No 2

Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular 0

Área deportiva 3

Vivienda colectiva (salo, orfanato, etc.) 1

Calle o carretera (vía pública) 4

Escuela u oficina pública 2

Área comercial o de servicio 5

Área industrial (taller, fábrica u obra) 6

Granja (rancho o parcela) 7

Otro 8

Se ignora 9

22.4 Anote la situación que tenía el presunto agresor con el/la fallecido/a:

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vivienda

22.7.2 Nombre de la vivienda

22.7.3 Núm. Exterior

22.7.4 Núm. Interior

22.7.5 Tipo de asentamiento humano

22.7.6 Nombre del asentamiento humano

22.7.7 Código Postal

22.7.8 Localidad

22.7.9 Municipio o delegación

22.7.10 Entidad federativa

23. NOMBRE

Art. 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD
 Fracc. V, VII
 LFTAIP

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL REG. CIVIL

DEL CERTIFICANTE



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



4186

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 12 DE MARZO DE 2018
LIBRO 02	ACTA No. 00283

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA LOCALIDAD: IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA:

[REDACTED]

NOMBRE
NOMBRE
NOMBRE

FECHA DE: 12 DE MARZO DE 2018 HORA: 15:30

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: 16027283

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: ANTIGUO MUNICIPAL

UBICACION: PRIMERA CLASE ORDEN NO.:

DONDE FALLEO: [REDACTED]
CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION:

NOMBRE DEL DEFUNTO:

NO. DE CEDULA:

DOMICILIO:

DECLARANTE

NOMBRE:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO:

TESTIGOS

NOMBRE:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO:

NOMBRE:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO:

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

FIRMA



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Nombre(s)

Primer Apellido

Apellido

Se ignora g

Especifique

Se ignora g

Minutos

Horas

Días

Meses

Años cumplidos

Para menores de 28 días antes:

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:

8.2 Semanas

8.3 Peso

9. ESTADO CONYUGAL

Señalado(a)

Viuda(a)

Casado(a)

Se ignora g

Ninguna 1

Preescolar 12

Primaria 3

Secundaria 5

seleccionada es:

Se ignora 99

Bachillerato o preparatoria 7

Profesional 8

Posgrado 10

Se ignora 99

Completa 1

Incompleta 2

12.1 Trabajaba

Sí 1

No 2

Se ignora g

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 1

ISSSTE 3

SEDENA 5

Seguro Popular 7

Otra 8

Se ignora 99

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud 1

IMSS 3

PEMEX 5

SEMAR 7

Unidad

14.1 Nombre de la unidad médica

Vía pública 10

Otro lugar 12

13.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1

El parto 2

El puerperio 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto 4

No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Sí 1

No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Sí 1

No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

22.1 Fue un presunto

Accidente 1

Homicidio 2

Suicidio 3

Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Sí 1

No 2

Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular 0

Área deportiva 3

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1

Calle o carretera (vía pública) 4

Escuela u oficina pública 2

Área comercial o de servicio 5

Área industrial (taller, fábrica u obra) 6

Granja (rancho o parcela) 7

Otro 8

Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vivienda

22.7.2 Nombre de la vivienda

22.7.3 Núm. Exterior

22.7.4 Núm. Interior

22.7.5 Tipo de asentamiento humano

22.7.6 Nombre del asentamiento humano

DEL CERTIFICANTE DEL REG.

[Redacted Signature Area]

* SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01 FECHA DE REGISTRO 13 DE MARZO DE 2018
LIBRO 02 ACTA No. 00304 LOCALIDAD

MUNICIPIO IGUALA DE [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED]
FECHA DE [REDACTED]
LUGAR [REDACTED]
DOMICIO [REDACTED]
NOMBRE DEL CO [REDACTED]
NOMBRE DEL PA [REDACTED]
NOMBRE DE LA M [REDACTED]

FALLECIMIENTO [REDACTED]
FECHA DE DEFUNCI [REDACTED]
LUGAR: HOGAR [REDACTED]
DESTINO DEL CADA [REDACTED]
UBICACION: LOTE [REDACTED]
DONDE FALLECIO: [REDACTED]
CAUSAS DE LA MUE [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION [REDACTED]
NOMBRE DEL [REDACTED]
NO. DE CEDU [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALID [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALID [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALID [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS -

FIRMAS [REDACTED]
TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED]

[REDACTED] FIRMA

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SELLO DE LA OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GPO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

Ar
Fr
LFTAIP

Motivación 1

INTERESADO

Motivación 2

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO



5. CURP: _____ Emisor federativo o país (si nació en el extranjero)

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI No Se ignora

7. NACIONALIDAD Mexicana Otra Especifique _____

8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: _____ Minutos Para menores de un día: _____ Horas Para menores de un mes: _____ Días Para menores de un año: _____ Meses Para personas de un año o más: _____ Años cumplidos Se ignora

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) Viudo(a) Casado(a)

DEL FALLECIDO



11. ESCOLARIDAD Ninguna Preescolar Primaria Secundaria Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA Se ignora

13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Unidad Médica _____ 14.1 Nombre de la unidad médica _____

Via pública Otro lugar



19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio 43 días a 11 meses después del parto o aborto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto: Accidente Homicidio Suicidio Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Área deportiva Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Calle o carretera (vía pública) Escuela u oficina pública Área comercial o de servicio Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): _____

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____

22.6 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____

22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____

22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL



*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES.

Art. 110 ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

Art. 113 Fracc. I LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

170296548

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA CUL
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PA...

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACT.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [REDACTED]

2. Primer Apellido [REDACTED] Segundo Apellido [REDACTED]

3. CURP [REDACTED]

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [REDACTED]

5. ¿HABÍA LLENADO SU CURP ANTES? SI No Se ignora

6. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora: Minutos [REDACTED] Para menores de un día: Horas [REDACTED] Para menores de un mes: Días [REDACTED] Para menores de un año: Meses [05] Para personas de un año o más: Años cumplidos [09|3] Se ignora

7. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) Viudo(a) Casado(a) En unión libre Divorciado(a) Soltero(a) Se ignora

8. RESIDENCIA HABITUAL [REDACTED]

9. La escolaridad seleccionada es: Ninguna Preescolar Primaria Secundaria Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora Completa Incompleta

10. OCUPACIÓN HABITUAL: Trabajaba SI No Se ignora

11. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA Se ignora

12. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

13. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI No Se ignora

14. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI No

15. CAUSAS ANTERIORES (a) [REDACTED] (b) [REDACTED] (c) [REDACTED] (d) Debido a (o cómo consecuencia de) [REDACTED]

16. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI No

17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI No

18. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]

19. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente Homicidio Suicidio Se ignora 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicio Área industrial (taller, fábrica u obra) Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 43 días a 11 meses después del parto o aborto El parto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte El puerperio

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No

22. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda [REDACTED] 22.7.2 Nombre de la vivienda [REDACTED] 22.7.3 Núm. Exterior [REDACTED] 22.7.4 Núm. Interior [REDACTED] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [REDACTED] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [REDACTED] 22.7.7 Código Postal [REDACTED] 22.7.8 Localidad [REDACTED] 22.7.9 Municipio o delegación [REDACTED] 22.7.10 Entidad federativa [REDACTED]

23. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [REDACTED]



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCIÓN
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION
RAGG28 12 12 MGRMND06



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 18 DE MARZO DE 2018	
LIBRO 02	ACTA No. 00318	LOCALIDAD IGUALA

[REDACTED]

[REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

FIRMAS

SE DIO CREDITO A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. ESTHELA CECILIA MARCHAN CASTAÑEDA

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA



Art. 10
Fracc. IV
LF

**SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. [Redacted]

3. [Redacted]

4. [Redacted]

5. [Redacted]

6. [Redacted]

7. [Redacted]

8. [Redacted]

9. [Redacted]

10. [Redacted]

11. [Redacted]

12. [Redacted]

13. [Redacted]

14. [Redacted]

15. [Redacted]

16. [Redacted]

17. [Redacted]

18. [Redacted]

19. [Redacted]

20. [Redacted]

21. [Redacted]

22. [Redacted]

23. [Redacted]

24. [Redacted]

25. [Redacted]

26. [Redacted]

27. [Redacted]

28. [Redacted]

29. [Redacted]

30. [Redacted]

31. [Redacted]

32. [Redacted]

33. [Redacted]

34. [Redacted]

35. [Redacted]

36. [Redacted]

37. [Redacted]

38. [Redacted]

39. [Redacted]

40. [Redacted]

41. [Redacted]

42. [Redacted]

43. [Redacted]

44. [Redacted]

45. [Redacted]

46. [Redacted]

47. [Redacted]

48. [Redacted]

49. [Redacted]

50. [Redacted]

51. [Redacted]

52. [Redacted]

53. [Redacted]

54. [Redacted]

55. [Redacted]

56. [Redacted]

57. [Redacted]

58. [Redacted]

59. [Redacted]

60. [Redacted]

61. [Redacted]

62. [Redacted]

63. [Redacted]

64. [Redacted]

65. [Redacted]

66. [Redacted]

67. [Redacted]

68. [Redacted]

69. [Redacted]

70. [Redacted]

71. [Redacted]

72. [Redacted]

73. [Redacted]

74. [Redacted]

75. [Redacted]

76. [Redacted]

77. [Redacted]

78. [Redacted]

79. [Redacted]

80. [Redacted]

81. [Redacted]

82. [Redacted]

83. [Redacted]

84. [Redacted]

85. [Redacted]

86. [Redacted]

87. [Redacted]

88. [Redacted]

89. [Redacted]

90. [Redacted]

91. [Redacted]

92. [Redacted]

93. [Redacted]

94. [Redacted]

95. [Redacted]

96. [Redacted]

97. [Redacted]

98. [Redacted]

99. [Redacted]

100. [Redacted]

11. ESCOLARIDAD

Ninguna 1 Prescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5

Bachillerato u preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1 Incompleta 2

12. OCU [Redacted] Se ignora 99

12.1 Trabajaba SI 1 No 2 Se ignora 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8

IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99

13.1 Numero de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7

14.1 Nombre de la unidad médica

Via pública 10 Otro lugar 12

14.2 [Redacted] Se ignora 99

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite ~~añadir~~ modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Código CIE

PARTE II

Otros estados psicológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1 No 2 Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular 0 Área deportiva 3

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4

Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(ia) fallecido(a)

Área industrial (taller, fábrica u obra) 6

Granja (rancho o parcela) 7

Otro 8 Se ignora 9

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vitalidad

22.7.2 Nombre de la vitalidad

22.7.3 Núm. Exterior

22.7.4 Núm. Interior

22.7.5 Tipo de asentamiento humano

22.7.6 Nombre del asentamiento humano

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

Art. 110

Fracc.

LETAS

LA DEFUNCIÓN FUE INSERIDA EN

OFICIALIA O JUZGADO

Motivación 1

32.1 Localidad



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
DUCI340617MGRQMS08



OFICIALIA 01
FECHA DE REGISTRO 21 DE MARZO DE 2018

LIBRO 02
ACTA No. 00338

LOCALIDAD IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

NOMBRE: [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
DOMICILIO HABITUAL: CA IGUALA (LOCALIDAD) [REDACTED]
NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE [REDACTED]
NOMBRE DE LA MAURE [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] FALLECIMIENTO
LUGAR: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATRIO: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

UBICACION: DEPARTAMENTO DE SEGUNDA CLASE [REDACTED] ANTIGUO MUNICIPAL [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]
CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
NOMBRE DEL MEDICO: [REDACTED]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
DOMICILIO: A [REDACTED]

DECLARANTE
NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]
PARENTESCO: [REDACTED]
OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]
PARENTESCO: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]
PARENTESCO: [REDACTED]
OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. ESTHELA CECILIA MARCHAN CASTANEDA

[Signature]
FIRMA

SELLO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2018-018



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
TAIR920827HGRBBG06



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 20 DE MARZO DE 2018	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 02	ACTA No. 00329	
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		
NOMBRE:		
FECHA DE NACIMIENTO:		
LUGAR DE NACIMIENTO:		
DOMICILIO HABITUAL:		
IGUALA (LOCALIDAD)		
NOMBRE DEL CONYUGE		
NOMBRE DEL PADRE		
NOMBRE DE LA MADRE		
FECHA DE DEFUNCION:		
LUGAR: / VIA PUBLICA		
DESTINO DEL CADAVER:		
UBICACION: LOTE 887, SEG		
DONDE FALLECIO: SOB		
CAUSAS DE LA MUERTE:		
TIPO DE DEFUNCION:		
NOMBRE DEL MED		
NO. DE CEDULA PR		
DOMICILIO: CA		

DECLARANTE	
NOMBRE:	
NACIONALIDAD:	
DOMICILIO:	
PARENTESCO:	
OCUPACION:	
TESTIGOS	
NOMBRE:	
NACIONALIDAD:	
DOMICILIO:	
PARENTESCO:	
OCUPACION:	

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 FISCALIA GENERAL DEL ESTADO, UNIDAD INTEGRAL 3, CARPETA DE INVESTIGACION: 12060380500417180318.
 OFICIO NUM.: 3405. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 19 DE MARZO DE 2018.

FIRMAS
 TESTIGO: [Redacted] DECLARANTE: [Redacted] TESTIGO: [Redacted]

SE DID LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
 LIC. ESTHELA CECILIA MARCHAN CASTAÑEDA

FIRMA





ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
GONAT81112HGRNJR09



OFICIALIA 01
LIR 02
FECHA DE REGISTRO
20 DE MARZO DE 2011

MUNICIPIO
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO:

DOMICILIO HABITUAL:

IGUALA
(LOCALIDAD)

NOMBRE DEL CONYUGE:

NOMBRE DEL PADRE:

NOMBRE DE LA MADRE:

(FINADA)

NACIONALIDAD:

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION:

LUGAR: HOGAR

DESTINO DEL CADAVER: IN

CADO NO.

UBICACION: CUARTA CLASE

DONDE FALLECIÓ

CAUSAS DE LA DEFUNCION:

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL DEFUNTO:

NO. DE CEDULA:

DOMICILIO:

DECLARANTE

NOMBRE:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO:

PARENTESCO:

OCCUPACION:

NOMBRE:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO:

NOMBRE:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO:

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

DECLARANTE

ESTA ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



FORMULARIO DE DEFUNCION

NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

EL REVERSO

2. FECHA DE NACIMIENTO

Primer Apellido

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION. LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

Para menores de 28 dias anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:

8.2 Semanas de gestación:

8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL

13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION

13.1 Número de seguridad social o afiliación

14.1 Nombre de la unidad médica

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Código CIE

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

SECRETARIA DE SALUD FEDERAL DE LA REPUBLICA

21. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCION Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vitalidad

22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior

22.7.2 Nombre

31.1 Acta Núm.

32.2 Municipio o delegación

32.3 Entidad federativa

32.4 Día Mes Año

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARIA DE SALUD

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP

Art. 113 Fracc. I LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
GONA1&1112HGRNJR09

4199



OFICIALIA 01 FECHA DE REGISTRO 20 DE MARZO DE 2018
LIBRO 02 ACTA No. 00333 LOCALIDAD IGUALA

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR: HOGAR HORA: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED] CERTIFICADO: [REDACTED]

UBICACION: CUARTA CLASE ENTERRAMIENTO: [REDACTED] ANTIGUO MUNICIPAL

DONDE FALLECIO: C. [REDACTED] NO. [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MUESTRAL: [REDACTED]

NO. DE CEDULA: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

DECLARANTE

EN LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
INTERVENIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
ESTHELA CECILIA MARCHAN CASTAÑEDA



CERTIFICADO DE DEFUNCION

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA C...

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCION

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		[Redacted]	
2. FECHA DE LA DEFUNCION		[Redacted]	
3. ESTADO CONYUGAL		Separado(a) <input type="radio"/> 8 Vido(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
4. EDUCACION		Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input checked="" type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
5. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	
6. CAUSAS DE LA DEFUNCION		19.1 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente 19.2 Causas antecedentes 19.3 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo	
7. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	
8. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
9. SI LA MUERTE FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]	
10. SI LA MUERTE FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]	
11. SI LA MUERTE FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO		22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vivienda: [Redacted]	
12. SI LA MUERTE FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO		22.7.3 Núm. Exterior: [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior: [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted]	
13. SI LA MUERTE FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCION Código CIE: [Redacted]	
14. SI LA MUERTE FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
15. SI LA MUERTE FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 6 hrs. 1/2 año 3 años	



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
ROAE560823HGRDBL00



OFICIALIA 01 FECHA DE REGISTRO 22 DE MARZO DE 2018
LIBRO 02 ACTA No. LOCALIDAD

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO HABITUAL: _____

IGUALA (LOCALIDAD)

NOMBRE DEL CONYUGE _____

NOMBRE DEL PADRE _____

NOMBRE DE LA MADRE _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: HDAS _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION EMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____

UBICACION: DEPARTAMENTO DE TERCERA CLASE _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL _____

DOMICILIO: CAL _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____

NACIONALIDAD _____ PARENTESCO _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____

NACIONALIDAD _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____

NACIONALIDAD _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. ESTHELA CECILIA MARCHAN CASTAÑEDA



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
MUNICIPIO DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

REGISTRO CIVIL DEL ESTADO DE GUERRERO



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
SAGR561127HGRLRD06



OFICIALIA 01 FECHA DE REGISTRO 23 DE MARZO DE 2018
LIBRO 03 ACTA No. 00350 LOCALIDAD

MUNICIPIO IGUALA

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

(LOCALIDAD)

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED]

DESTINO DEL C [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

DONDE FALLECIO [REDACTED]

CAUSAS DE LA [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION [REDACTED]

NOMBRE DEL M [REDACTED]

NO. DE CEDULA [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

FIRMAS

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. ESTHELA CECILIA MARCHAN CASTAÑEDA

FIRMA



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1.	NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	[REDACTED]			
2.	[REDACTED]	[REDACTED]			
3.	[REDACTED]	[REDACTED]			
4.	[REDACTED]	[REDACTED]			
5.	[REDACTED]	[REDACTED]			
DEL FALLECIDO		Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [REDACTED]		B.2 Semanas de gestación: [REDACTED]	
		B. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 5		Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2	
				Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10.	RESIDENCIA	[REDACTED]			
10.1	Anote en	[REDACTED]			
10.2	Número	[REDACTED]			
10.3	Número	[REDACTED]			
10.4	en el extranjero	[REDACTED]			
11.	ES	Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 seleccionada es: [REDACTED] Se ignora <input type="radio"/> 99 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input checked="" type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 No habida <input type="radio"/> 3 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS		Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8			
14.	[REDACTED]	[REDACTED]			
15.	[REDACTED]	[REDACTED]			
16.	[REDACTED]	[REDACTED]			
17.	[REDACTED]	[REDACTED]			
18.	[REDACTED]	[REDACTED]			
DEL FALLECIDO		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote la causa morbose, si existiera alguna, que produjo la muerte directamente)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Código CIE	
		a) [REDACTED]		1 hora	
		b) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		2 días	
		c) [REDACTED]		3 años	
		d) [REDACTED]		10 años	
		PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbose que la produjo		[REDACTED]	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input checked="" type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con ella(s) fallecido(s)	
		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio.		22.7.1 Tipo de viabilidad	
		22.7.2 Nombre de la viabilidad		[REDACTED]	
DEL REG. CIVIL		[REDACTED]			
DEL CERTIFICANTE		[REDACTED]			
DEL INF.		[REDACTED]			

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

(LLÉNESE INDEPENDIENTEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)

Modelo 2017
FOLIO



ANTE DE LLENAR ESTE CERTIFICADO, PRESENTAR EN EL REGISTRO CIVIL

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA FOTOCOPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL PREMIO DE INHUMACIÓN.

 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. SEXO	2. EDAD	3. PESO	4. DE UN CUERPO																								
b)																											
16. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo, paro cardíaco, asfexia, interrupción de la comunicación materno-fetal, etc.)																											
PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte	<div style="background-color: black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Especifique si la causa fue:</th> <th rowspan="2" style="text-align: center;">Código CIE</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">MATERNA</th> <th style="text-align: center;">FETAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">La <input type="radio"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/> 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">l.b <input type="radio"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">l.c <input type="radio"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">l.d <input type="radio"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">II.1 <input type="radio"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">II.2 <input type="radio"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Especifique si la causa fue:		Código CIE	MATERNA	FETAL	La <input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2		l.b <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2		l.c <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2		l.d <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2		II.1 <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2		II.2 <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	
Especifique si la causa fue:		Código CIE																									
MATERNA	FETAL																										
La <input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2																										
l.b <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2																										
l.c <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2																										
l.d <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2																										
II.1 <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2																										
II.2 <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2																										
Condiciones fetales o maternas que originaron la causa directa a) mencionándose en último lugar la causa básica	b) Debido a (o como consecuencia de)																										
	c) Debido a (o como consecuencia de)																										
	d)																										
PARTE II Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que lo produjo	<div style="background-color: black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">II.1 <input type="radio"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">II.2 <input type="radio"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	II.1 <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2		II.2 <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2																		
II.1 <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2																										
II.2 <input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2																										
				17. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE																							
18. NOM																											
19. CUR																											
DATOS DE LA MADRE	DEL INF.	DATOS DEL CERTIFICANTE	MOTIVACIÓN																								

Art. 110
Fracc. V, V
LFTAIP

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE RECEBRIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS DELIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO

2. FECHA DE

11.1 La escolaridad seleccionada es:
 Ninguna 1, Pre-primaria 2, Primaria 3, Secundaria 5, La escolaridad seleccionada es:
 Bachillerato o preparatoria 7, Profesional 8, Posgrado 10, Se ignora 99, Completa 1, Incompleta 2

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
 Vigencia 1, ISSSTE 3, SEDENA 5, Seguro Popular 7, Otra 8, MSS 2, PEMEX 4, SEMAR 6, MSS PROSPERA 10, Se ignora 99

DE LA DEFUNCIÓN

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I
 Enfermedad, lesión o intoxicación que produjo muerte directamente

Causas antecedentes
 Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

PARTE II
 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
 El embarazo 1, El parto 2, El puerperio 3
 45 días a 11 meses después del parto o aborto 4, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas tienen complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?
 Si 1, No 2

21.3 ¿Las causas anotadas contribuyeron al embarazo, parto o puerperio?
 Si 1, No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
 Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto:
 Accidental 1, Homicidio 2, Suicidio 3, Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?
 Si 1, No 2, Se ignora 9

22.3 ¿Dónde ocurrió la lesión:
 Vivienda particular 0, Área deportiva 3, Calle o caminata (vía pública) 4, Escuela u oficina pública 2, Área industrial (taller, fábrica u obra) 6, Granja (rancho o parcela) 7, Área comercial o de servicio 5, Otro 8, Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tiene el presunto autor con el(a) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Registro Público con el acta número

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vivienda

22.7.2 Número de la vivienda

22.7.3 Núm. Exterior / 4 Núm. Interior

22.7.5 Tipo de construcción

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

32.1 Localidad

31.1 Acta Núm.

32.2 Municipio o delegación

32.3 Entidad federativa

32.4 Día

32.5 Mes

32.6 Año

ESTE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN DEBE SER ENTREGADO AL REGISTRO CIVIL DE LA SECRETARÍA DE SALUD



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y JOSE GOMEZ DEL MUNICIPIO DE...

DE LA DEFUNCIÓN

MORTES ACCIDENTALES
Y SUICIDAS

DEL

DEL

DEL

DEL

DEL

DEL

DEL

DEL

DEL

DEL

DEL

DEL

DEL

DEL

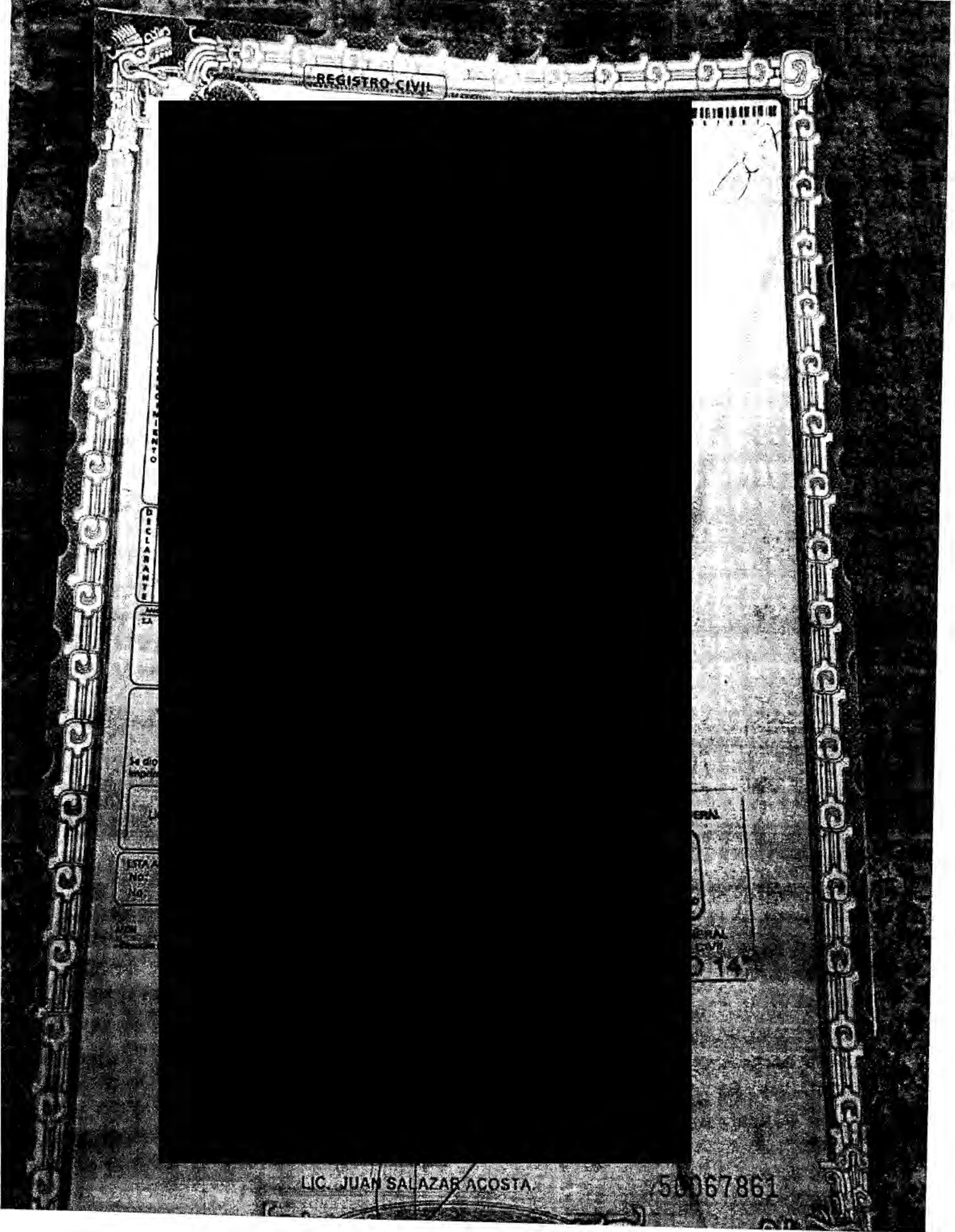
DEL

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 2



REGISTRO CIVIL

2014

COMIENZO

DECLARANTE

24 día

ESTADO

GENERAL

GENERAL

014

LIC. JUAN SALAZAR ACOSTA

50067861

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
DESA310730HGRLLB04



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 11 DE ABRIL DE 2018	
LIBRO 02	ACTA No. 00367	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD)	GUERRERO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE	NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE	NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD: MEXICANA

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR: HOGAR

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]

UBICACION: TERCERA

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL ANOTADO: [REDACTED]

NO. DE CEDULA: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

PARENTESCO: [REDACTED]

OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

PARENTESCO: [REDACTED]

OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO: [REDACTED]

DECLARANTE: [REDACTED]

TESTIGO: [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPROBEN

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. DANIEL AYALA SUAREZ



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

Se ignora

10. EDAD CUMPLIDA

Para menores de una hora: Minutos

Para menores de un día: Horas

Para menores de un mes: Dias

Para menores de un año: Meses

Para personas de un año o más: Años

Para menores de 28 días anote:

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:

8.2 Semanas de gestación:

9. ESTADO CONYUGAL

Separado(a)

Viuvo(a)

Casado(a)

Se ignora

En unión libre

Divorciado(a)

Soltero(a)

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR

Unidad

14.1 Nombre de la unidad médica

Via pública

Otro lugar

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Causas antecedentes
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b) Debido a (o como consecuencia de)

c) Debido a (o como consecuencia de)

d)

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS:

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
El embarazo El parto El puerperio
43 días a 11 meses después del parto o aborto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Si No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Si No

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidente Homicidio Suicidio Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?
Si No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública

Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicio

Área Industrial (taller, fábrica u obra)

Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad

22.7.2 Nombre de la vialidad

22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior

22.7.5 Tipo de asentamiento humano

22.7.6 Nombre del asentamiento humano

22.7.7 Código Postal

22.7.8 Localidad

DEL REG. CIVIL

DEL CERTIFICANTE

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO

Núm. _____, Libro Núm. _____

31.1 Acta Núm. _____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

32.1 Localidad _____

32.2 Municipio o delegación _____

29.11 Teléfono _____

Día _____

Mes _____

Año _____

32.3 Entidad federativa _____

32.4 Día _____

32.5 Mes _____

32.6 Año _____

Art. 110

Fracc. V, VII

LFTAIP

Motivación 1

Art. 110

Fracc. I

LFTAIP

Motivación 2

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE L

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

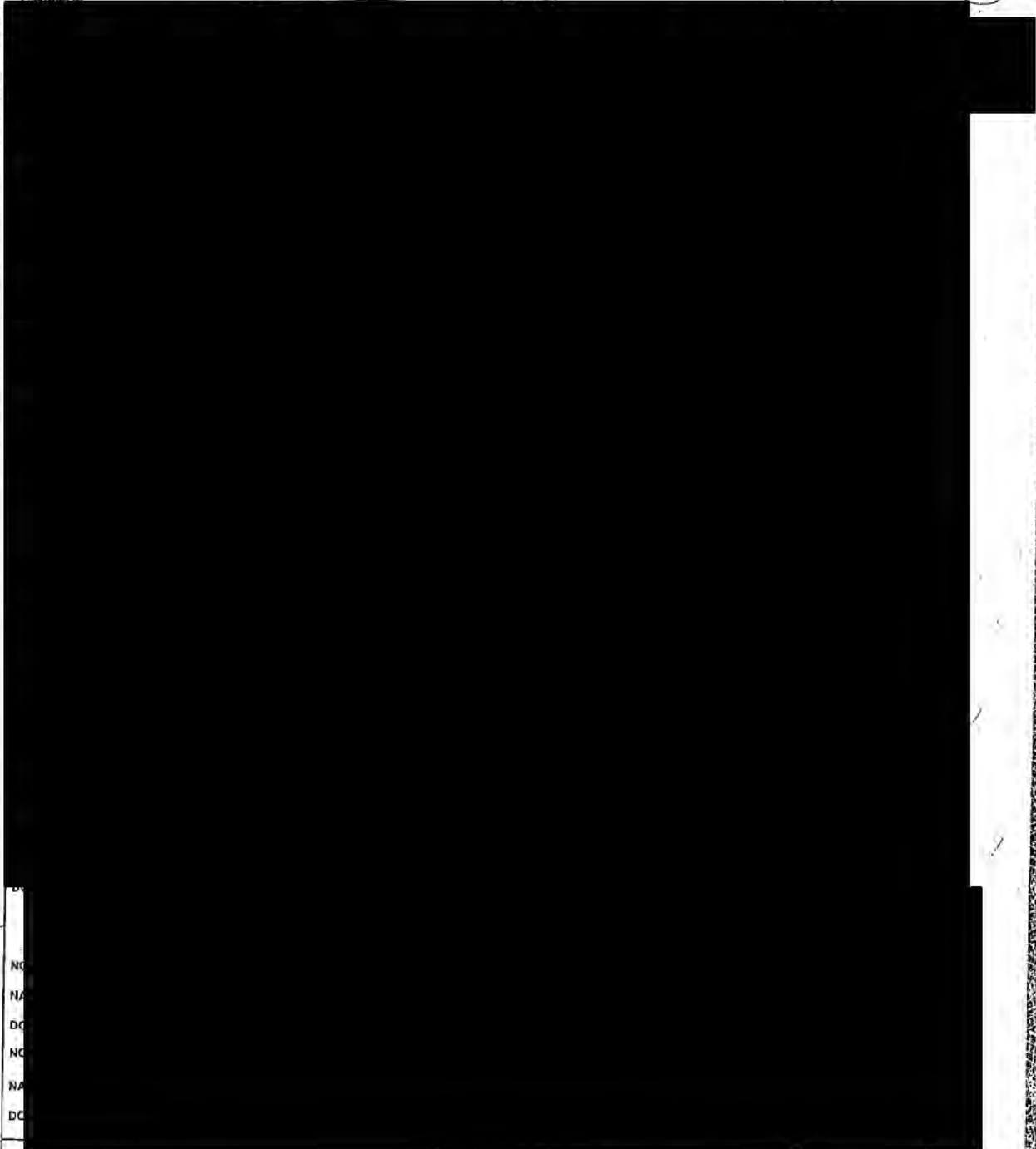


ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
AACR730302MGRYHS04



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 17 DE ABRIL DE 2018	
LIBRO 03	ACTA No. 00432	LOCALIDAD IGUALA



LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO



ENTRADA DE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		[REDACTED]	
2. [REDACTED]		[REDACTED]	
3. EDAD CUMPLIDA		[REDACTED]	
9. ESTADO CONYUGAL		Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	
15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad	
15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Causas antecedentes		Código CIE	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		[REDACTED]	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 64 AÑOS		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto		22.2 Sitio donde ocurrió la lesión	
22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	
22.3 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad	
22.7.2 Nombre de la vialidad		22.7.3 Núm. Exterior	
22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano	
22.7.6 Nombre del asentamiento humano		22.7.7 [REDACTED]	
23. NO		25. CEP	
27. NO		29. DO	
31. LA OFICIALÍA O JUZGADO		32.1 Localidad	
Motivación 1		Motivación 2	

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

t. 110 acc. VII TAIP

REG. CIVIL

**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

MODELO 2017.1
FOLIO 1

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] 3. SEXO [Redacted]

Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

4. NIVEL DE ESTUDIOS [Redacted]

5. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD [Redacted]

6. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

7. NIVEL DE ESTUDIOS: Ninguna 1, Preescolar 12, Primaria 3, Secundaria 5, Bachillerato o preparatoria 7, Profesional 8, Posgrado 10, Se ignora 99

8. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna 1, ISSSTE 3, SEDENA 5, Seguro Popular 7, Otra 8, IMSS 2, PEMEX 4, SEMAR 6, IMSS PROSPERA 10, Se ignora 99

9. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud 1, IMSS 3, PEMEX 5, SEMAR 7, Unidad 9, 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted], Vía pública 10, Otro lugar 12

10. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente [Redacted] a) [Redacted] b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo [Redacted]

11. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1, 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4, El parto 2, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5, El puerperio 3

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1, No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1, No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente 1, Homicidio 2, Suicidio 3, Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1, No 2, Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1, Escuela u oficina pública 2, Área deportiva 3, Calle o carretera (vía pública) 4, Área comercial o de servicio 5, Área industrial (taller, fábrica u obra) 6, Granja (rancho o parcela) 7, Otro 8, Se ignora 9

22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. [Redacted], Libro Núm. [Redacted], 31.1 Acta Núm. [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad [Redacted], 32.2 Municipio o delegación [Redacted], 32.3 Entidad federativa [Redacted], 32.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

29.11 Teléfono [Redacted]

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
CAPP271031HGRRR001



OFICIALIA 01
LIBRO 02
FECHA DE REGISTRO 11 DE ABRIL DE 2018
ACTA No. 00362

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA LOCALIDAD IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

NOMBRE: [REDACTED]
FECHA DE [REDACTED]
LUGAR DE [REDACTED]
DOMICILIO [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE [REDACTED]
NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: [REDACTED]
CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
NOMBRE DEL M [REDACTED]
NO. DE CEDULA [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]
PARENTESCO: [REDACTED]
OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
NOMBRE [REDACTED]
NACIONALIDAD [REDACTED]
DOMICILIO [REDACTED]
PARENTESCO [REDACTED]
OCUPACION [REDACTED]
NOMBRE [REDACTED]
NACIONALIDAD [REDACTED]
DOMICILIO [REDACTED]
PARENTESCO [REDACTED]
OCUPACION [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU NOMBRE EN EL REGISTRO CIVIL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. DANIEL AYALA SUAREZ

SELO DE LA OFICIALIA
M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
MUNICIPIO DE LA INDEPENDENCIA, GU.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2018-2018



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
CADJ790808HGRRLS07



5

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	
MUNICIPIO IGUALA DE LA IND		LOCALIDAD IGUALA ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
NOMBRE:	[REDACTED]	
FECHA DE NACIMIENTO:	[REDACTED]	
LUGAR DE NACIMIENTO:	[REDACTED]	
DOMICILIO HABITUAL:	[REDACTED]	
IGUALA (LOCALIDAD)	[REDACTED]	
NOMBRE DEL CONYUGE	[REDACTED]	
NOMBRE DEL PADRE	[REDACTED]	
NOMBRE DE LA MADRE	[REDACTED]	
FECHA DE DEFUNCION	[REDACTED]	
LUGAR: SECRETARIA DE	[REDACTED]	
DESTINO DEL CADAVER	[REDACTED]	
UBICACION: TECOMAN	[REDACTED]	
DONDE FALLECIO: A	[REDACTED]	
CAUSAS DE LA MUERT	[REDACTED]	
TIPO DE DEFUNCION:	[REDACTED]	
NOMBRE DEL	[REDACTED]	
NO. DE CEDU	[REDACTED]	
DOMICILIO:	[REDACTED]	
	DECLARANTE	
NOMB	[REDACTED]	[REDACTED]
NACIO		PARENTESCO
DOMIC		OCUPACI
	TESTIGOS	
NOMBRE:	[REDACTED]	[REDACTED]
NACIONAL		PARENTESCO:
DOMICILIO:		OCUPACION:
NOMBRE:	[REDACTED]	[REDACTED]
NACIONAL		PARENTESCO:
DOMICILIO:		OCUPACION:

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]	FIRMAS	[REDACTED]
------------	--------	------------

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. ESTHELA CECILIA MARCHAN CASTANEDA

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LÉA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
 FOLIO

170296562

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL REG. CIVIL DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [REDACTED]

2. FECHA DE NACIMIENTO [REDACTED]

3. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) 5, Viudo(a) 2, Casado(a) 5, Se ignora 9

4. RESIDENCIA HABITUAL: [REDACTED]

5. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna 1, ISSSTE 3, SEDENA 5, IMSS 2, PEMEX 4, SEMAR 5, IMSS PROSPERA 2, ISSSTE 4, SEDENA 6

6. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: [REDACTED]

7. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada sección):
 PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. [REDACTED]
 PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo. [REDACTED]

8. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS:
 8.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
 El embarazo 1, El parto 2, El puerperio 3, 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

9. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]

10. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:
 10.1 Fue un presunto: Accidente 1, Homicidio 2, Suicidio 3, Se ignora 9

11. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:
 11.1 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1, No 2, Se ignora 9

12. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:
 12.1 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular 0, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1, Escuela u oficina pública 2, Área deportiva 3, Calle o carretera (vía pública) 4, Área comercial de servicio 5, Área industrial (taller, fábrica u obra) 6, Granja (rancho o parcela) 7, Otro 8, Se ignora 9

13. Añote la relación que tiene el presunto agresor con el(los) fallecido(s): [REDACTED]

14. Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [REDACTED]

15. 22.7.1 Tipo de vivienda: [REDACTED]

16. 22.7.2 Nombre de la Vialidad: [REDACTED]

17. 22.7.3 Núm. Exterior: [REDACTED]

18. 22.7.4 Núm. Interior: [REDACTED]

19. 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [REDACTED]

20. 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [REDACTED]

21. 22.7.7 Código Postal: [REDACTED]

Art. 110
 Fracc. V; VII
 LFTAIP
 Motivación 1

ATENCIÓN: EL REGISTRO CIVIL DEBE CONSERVAR ESTA 2ª COPIA

Fracc. I
 LFTAIP

Motivación 2

**SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO				
2. EDAD				
3. NACIONALIDAD		Nacionalidad mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Nacionalidad extranjera <input type="radio"/>		
4. ESTADOS CIVILES		Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/>		
5. ESTADO CONYUGAL		Separado(a) <input type="radio"/>		
6. OBTENCIÓN DE LA DEFUNCIÓN		Preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
7. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
8. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad <input type="radio"/>		
9. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
10. MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 14 A 44 AÑOS: 21.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> Después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en su trabajo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a): 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vialidad: <input type="radio"/> 22.7.2 Nombre de la vialidad: 22.7.3 Núm. Exterior: <input type="text"/> 22.7.4 Núm. Interior: <input type="text"/> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <input type="text"/> 22.7.6:		
11. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE:		
12. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 29.11 Teléfono: <input type="text"/> 32.1 Localidad: <input type="text"/> 32.2 Municipio o delegación: <input type="text"/> 32.3 Entidad federativa: <input type="text"/> 32.4 Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>		

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD
 Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP
 Motivación 1 Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCIÓN
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
AOGE260815MPRMRS00



OFICIALIA 01 FECHA DE REGISTRO
11 DE ABRIL DE 2018
LIBRO

MUNICIPIO IGUALA DE LA
NOMBRE:
FECHA DE NA
LUGAR DE
DOMICILIO
NOMBRE D
NOMBRE DEL PADRE
NOMBRE DE LA MADRE
FECHA DE D
LUGAR: M
DESTINO DEL
UBICACION:
DONDE FALL
CAUSAS DE L

TIPO DE DEFUNCIÓN:
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCIÓN:
NO. DE CEDU
DOMICILIO:

DECLARANTE
NOMBRE
NACION
DOMICILIO
PARENTESCO:
OCUPACION:
TESTIGOS
NOMBRE
NACION
DOMICILIO
NOMBRE
NACION
DOMICILIO
PARENTESCO
OCUPACION
PARENTESCO
OCUPACION

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

DECLARANTE

TESTIGO

RA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. DANIEL AYALA SUAREZ

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SELLO DE LA OFICINA
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUA.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
 FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

2. EDAD: Para menores de 28 días anote:
 Para menores de una hora: Minutos. Para menores de un día: Horas. Para menores de un mes: Días. Para menores de un año: Meses. Para persona de un año: Años.

8. 1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____
 8. 2 Semanas de gestación: _____

9. ESTADO CONYUGAL
 En unión libre Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Se ignora

10. RESIDENCIA: _____

11. NIVEL DE ESTUDIOS:
 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99. Seleccionada es: _____
 Completa 1 Incompleta 2

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
 Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8
 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99

12.1 Trabajaba SI 1 No 2 Se ignora 99

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7
 IMSS PROSPERA 2 ISSSTE 4 SEDENA 5 Otra unidad 9

14.1 Nombre de la unidad médica: _____
 Unidad médica: _____

13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____

Via pública 10 Otra 12
 Se ignora 99

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I
 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Causas antecedentes
 Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

PARTE II
 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo

[REDACTED]

[REDACTED]

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____
 Código CIE: _____

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
 El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3
 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?
 SI 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
 SI 1 No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
 Código CIE: _____

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

22.1 Fue un presunto:
 Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 99

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?
 SI 1 No 2 Se ignora 99

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión:
 Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Escuela u oficina pública 2
 Área deportiva 3 Calle o carretera (vía pública) 4 Área comercial o de servicio 5

Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 99

22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): _____

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____

22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____

22.7.1 Tipo de vitalidad: _____ 22.7.2 Nombre de la vitalidad: _____
 22.7.3 Núm. Exterior: _____ 22.7.4 Núm. Interior: _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: _____

23. _____
 25. _____
 27. _____
 29. _____

31.1 Acta Núm.: _____ 32.2 Municipio o delegación: _____ 32.3 Entidad federativa: _____ 32.4 Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Art. 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD
 Fracc. V, VII LFTAIP
 Motivación 1 Motivación 2

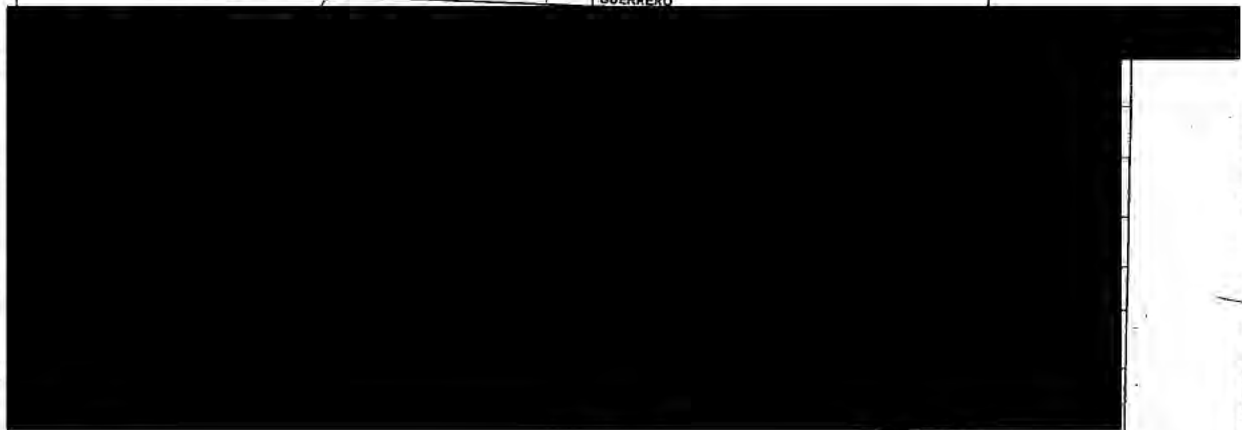


ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UMCA DE REGISTRO DE POBLACION
FILV790707HGRGNC09



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 16 DE ABRIL DE 2018	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 03	ACTA No. 00422	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		



FALLECIMIENTO

FECHA DE: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED]
DESTINO D: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED]
DONDE FA: [REDACTED]
CAUSAS D: [REDACTED]
TIPO DE DE: [REDACTED]
NOMBRE D: [REDACTED]
NO. DE CED: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALID: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]	PARENTESCO: [REDACTED]
NACIONALID: [REDACTED]	OCUPACION: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]	
NOMBRE: [REDACTED]	PARENTESCO: [REDACTED]
NACIONALID: [REDACTED]	OCUPACION: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]	

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____
SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. DANIEL AYALA SUAREZ





ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
UAGA650613HGRGN07



OFICIALIA 01 FECHA DE REGISTRO 12 DE ABRIL DE 2018
LIBRO 03 ACTA No. 00401

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA LOCALIDAD [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
DOMICILIO HABITADO: [REDACTED]
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (LOCALIDAD): [REDACTED]
NOMBRE DEL COMITÉ: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]
LUGAR: VIA PUBLICA [REDACTED] DRA [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED] ERTI [REDACTED]
UBICACION: DEPARTAMENTO DE PRIMERA CLASE [REDACTED] CREMATORI [REDACTED]
DONDE FALLECIO: CA [REDACTED]
CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]
TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
NOMBRE DEL MEDICO: [REDACTED]
NO. DE CEDULA: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

TESTIGOS
NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
FISCALIA GENERAL DEL ESTADO, INTEGRAL 2. CARPETA DE INVESTIGACION: 12060380100506040415,
OFICIO NUM.: 4151. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 4 DE ABRIL DE 2018.

FIRMAS
[REDACTED]
[REDACTED]

EN LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO INTERVINIERON

TESTIGOS QUIENES EN

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. DANIEL AYALA SUAREZ

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SELO DE AUTENTICIDAD
M. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

CERTIFICADO DE DEFUNCION

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION

LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)				Se ignora <input type="radio"/>		
	8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más
	Para menores de 28 días anote:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	
	10. RESIDENCIA HABITUAL		Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	11. La escolaridad seleccionada es:		11.1		12.1 Trabajaba		
	13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD		13.1		13.2		
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION		14.1		14.2		
	15. CAUSAS DE LA DEFUNCION		15.1		15.2		
	16. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		16.1		16.2		
	17. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		17.1		17.2		
DE LA DEFUNCION	19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		19.1		19.2		
	20. CAUSA BASICA DE DEFUNCION		20.1		20.2		
	21. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1		21.2		
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1		22.2		
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.1		23.2		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	24. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		24.1		24.2		
	25. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		25.1		25.2		
	26. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		26.1		26.2		
	27. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		27.1		27.2		
DEL INF.	28. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		28.1		28.2		
	29. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		29.1		29.2		
	30. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		30.1		30.2		
DEL REG. CIVIL	31. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		31.1		31.2		
	32. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		32.1		32.2		





FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
INTEGRAL 2

CARPETA DE INVESTIGACIÓN [REDACTED]

OFICIO NÚM. [REDACTED]

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (4) CUATRO DIA(S) DEL MES DE
ABRIL DEL DOS MIL DIECIOCHO

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.
P R E S E N T E.

PERSONA POR ESTE CONDUCTO NOTIFICADA [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

EDAD: [REDACTED]

Ocupación: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

PADRES: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

ORIGINARIO: [REDACTED]

INSTRUCCIÓN: [REDACTED]

LUGAR DEL DECESO: [REDACTED]

FECHA DEL DECESO: [REDACTED]

CAUSA DE MUERTE: [REDACTED]

MÉDICO QUE DICTAMINÓ: [REDACTED]

LUGAR DE INHUMACIÓN: [REDACTED]

LO QUE COMUNICO A USTED PARA LOS EFECTOS LEGALES CORRESPONDIENTES A
QUE HAYA LUGAR.



ATENTAMENTE

LA AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO INTEGRAL 2

[REDACTED] HIDALGO.

ZONA NORTE
DISTRITO JUD. DE HIDALGO
H. COD. REG. MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLSKSWAGEN
38V800V2018L4234575N2018



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
VEGG610901MGRILMR02



OFICIALIA 01 FECHA DE REGISTRO
11 DE MAYO DE 2018

MUNICIPIO
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO:

DOMICILIO HABITUAL:

ACAPULCO
(LOCALIDAD)

NOMBRE DEL CONYUGE:

NOMBRE DEL PADRE:

NOMBRE DE LA MADRE:

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION:

LUGAR: SECRETARIA DE

DESTINO DEL CADAVER:

UBICACION: DEPARTAMENTO

DONDE FALLECIO: CA

CAUSAS DE LA MUERTE:

TIPO DE DEFUNCION:

NOMBRE DEL MEDICO:

NO. DE CEDULA:

DOMICILIO:

NOMBRE:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO:

NOMBRE:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO:

NOMBRE:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO:

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. DANIEL AYALA SUAREZ

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
H. AYUNTAMIENTO
SELO DE LA OFICIALIA
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRA
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2016-2018

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL CONTRATO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Segundo Apellido

País (si nació en el extranjero)

7. NACIONALIDAD

Mexicana 1

Otra 2

Se ignora 9

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:
 8.2 Semanas 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00

10. RESIDENCIA HABITUAL

11. La escolaridad seleccionada es:

Completada 1 Incompleta 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL

12.1 Trabajo

11.1 La escolaridad seleccionada es:
 Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5
 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99
 Completa 1 Incompleta 2

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
 Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 6
 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 5 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
 Secretaría de Salud 1 Hospitales 2
 Pública 10 Otro lugar 12
 Hogar 11 Se ignora 99

15. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN
 16. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
 SI 1 No 2

PARTE I
 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente
 Causas antecedentes
 Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica
 PARTE II
 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
 El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3
 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:
 22.1 Fue un presunto:
 Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9
 22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo?
 SI 1 No 2 Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión
 Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Escuela u oficina pública 2
 Área deportiva 3 Calle o carretera (vía pública) 4 Área comercial o de servicio 5
 Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(a)
 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:
 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
 22.7.1 Tipo de vitalidad
 22.7.2 Nombre de la vitalidad
 22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior
 22.7.5 Tipo de asentamiento humano
 22.7.6 Código Postal 22.7.7 Localidad
 22.7.8 Nombre del asentamiento humano

23. NOMBRE DEL INF.
 25. Causa básica de defunción
 Médico legista 1 Médico 2 Otro médico 3
 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil 5 Otro 6
 26. SI B

27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE
 28. MOTIVACIÓN
 Motivación 1
 Motivación 2

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS DELIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. SEXO		3. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
				Se ignora <input type="radio"/>		Mexicana <input checked="" type="radio"/>	
4. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores		Para adultos	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/>		ISSSTE <input type="radio"/>		SEDENA <input type="radio"/>	
		IMSS <input type="radio"/>		PEMEX <input type="radio"/>		SEMAR <input type="radio"/>	
				Seguro Popular <input type="radio"/>		Otra <input type="radio"/>	
				IMSS PROSPERA <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	
14. BITO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud		12.1 Trabajaba		Si <input type="radio"/>	
				No <input checked="" type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	
				13.1 Número de seguridad social o afiliación			
PART I		Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Código CIE	
Causas antecedentes		Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica					
PART II		Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 17 A 34 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió, durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
		El embarazo <input type="radio"/>		Si <input type="radio"/>		Si <input type="radio"/>	
		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		No <input checked="" type="radio"/>	
		El parto <input type="radio"/>					
		El puerperio <input type="radio"/>					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)	
		Accidente <input type="radio"/>		Vivienda particular <input type="radio"/>		Área Industrial (fábrica, taller, etc.) <input type="radio"/>	
		Homicidio <input type="radio"/>		Área deportiva <input type="radio"/>		Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/>	
		Suicidio <input type="radio"/>		Vivienda colectiva (calle, orfanato, etc.) <input type="radio"/>		Otro <input type="radio"/>	
		Se ignora <input type="radio"/>		Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	
				Escuela u oficina pública <input type="radio"/>			
				Área comercial o de servicio <input type="radio"/>			
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:					
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vivienda		22.7.2 Nombre de la vivienda		22.7.3 Núm. Exterior	
						22.7.4 Núm. Interior	
						22.7.5 Tipo de asentamiento humano	
						22.7.6 Código Postal	
						22.7.7 Localidad	
						22.7.8 Municipio o delegación	
						22.7.9 Estado o federación	
23. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		24. FIRMA DEL CERTIFICANTE		25. PUESTO DEL CERTIFICANTE		26. INSTITUCIÓN DEL CERTIFICANTE	
27. FECHA DE EMISIÓN		28. LUGAR DE EMISIÓN		29. ENTIDAD FEDERATIVA		30. TELÉFONO	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33. ENTIDAD FEDERATIVA		34. DÍA	
Núm. _____ Libro Núm. _____		32.1 Localidad: _____		32.2 Municipio o delegación: _____		32.3 Mes: _____	
31.1 Acta Núm. _____		32.3 Entidad federativa: _____		32.4 Año: _____			

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Módulo 2017.1
ES-10

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO		2. [REDACTED]		3. [REDACTED]	
4. [REDACTED]		5. [REDACTED]		6. [REDACTED]	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día	
9. [REDACTED]		10. [REDACTED]		11. [REDACTED]	
12. ESCOLARIDAD		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. [REDACTED]	
15. [REDACTED]		16. [REDACTED]		17. [REDACTED]	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19. ¿SE PRACTICÓ AUTOPSI?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
21. ¿FUE CAUSA DE MUERTE?		22. ¿FUE CAUSA DE LESIÓN?		23. ¿FUE CAUSA DE SUICIDIO?	
24. [REDACTED]		25. [REDACTED]		26. [REDACTED]	
27. [REDACTED]		28. [REDACTED]		29. [REDACTED]	
30. [REDACTED]		31. [REDACTED]		32. [REDACTED]	

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

110

cc. V. VII

RECIBO

Motivación 1



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
AOSC470817MGRRLR09



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 18 DE ABRIL DE 2018
LIBRO 03	ACTA No. 00436
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	LOCALIDAD IGUALA
	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
	FINADO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR: IGUALA

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]

UBICACION: CUARTA [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NO. DE CEDULA: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO: [REDACTED]

DECLARANTE: [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO Y VERDAD DE LOS HECHOS EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. DANIEL AYALA SUAREZ



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
VHU300606MGRTRSD2

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 12 DE ABRIL DE 2018	
LIBRO 02	ACTA No. 09388	LOCALIDAD IGUALA

MUNICIPIO
MAYALA DE LA INDEPENDENCIA

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD): [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGUE: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR DE DEFUNCION: [REDACTED]

URBANO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL DEFUNTO: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE DEL DECLARANTE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA: [REDACTED]

FIRMAS

TESTIGO [REDACTED] **DECLARANTE** [REDACTED] **TESTIGO** [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN EN PRESENCIA DE LOS TESTIGOS Y QUIENES NO IMPRIMEN SU FIRMAS EN

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. DANIEL AYALA SUAREZ

SELO DE LA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL
MAYALA DE LA INDEPENDENCIA, QRO.
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO _____

2. FECHA DE DEFUNCIÓN _____

3. LUGAR DE DEFUNCIÓN _____

4. TIPO DE DEFUNCIÓN _____

5. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN _____

6. EDAD _____

7. SEXO _____

8. ESTADO CIVIL _____

9. OTRAS INSTRUCCIONES _____

10. ESCOLARIDAD

Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5

Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1 Incompleta 2

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8

IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7

IMSS PROSPERA 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8 Unidad médica privada 9

14.1 Nombre de la unidad médica _____

14.2 Clave Única de Establecimiento de Salud (CUES) _____

13.1 Número de seguridad social o afiliación _____

Via pública 10 Otro lugar 12

Hogar 11 Se ignora 99

15. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa principal de muerte. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, sepsis, etc.)

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente _____

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____

Código CIE _____

16. CAUSAS ANTECEDENTES (Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica)

PARTE I

PARTE II

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si 1 No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto: Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si 1 No 2 Se ignora 0

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0 Área deportiva 3

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4

Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) 6

Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vivienda _____

22.7.2 Nombre de la vivienda _____

22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior _____

22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____

22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____

22.7.7 Código Postal _____

22.7.8 Localidad _____

DEL MUNICIPIO DE _____

DEL ESTADO DE _____

DEL PAÍS DE _____

ENTIDAD FEDERATIVA _____

(A) FALLECIDO(A) _____

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

777
2a
base



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
AIRF560205HGRRYL15



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 23 DE ABRIL DE 2018	
LIBRO 03	ACTA No. 00449	
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		LOCALIDAD IGUALA
		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
		FINADO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NO. DE CEDULA: [REDACTED]

NO. DE IDENTIFICACION: [REDACTED]

NO. DE IDENTIFICACION: [REDACTED]

NO. DE IDENTIFICACION: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL [REDACTED]

NO. DE CEDULA: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

PARENTESCO: [REDACTED]

OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

PARENTESCO: [REDACTED]

OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

PARENTESCO: [REDACTED]

OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO INTERVINIERON
MAN QUIENES EN

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. DANIEL AYALA SUAREZ

SELO DE LA OFICIALIA

H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2018-2019

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

2. FECHA DE NACIMIENTO
3. SEXO
4. LUGAR DE NACIMIENTO
5. PAIS DE NACIMIENTO
6. APELLIDO
7. ESTADUALIDAD
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento
8.2 Semanas de gestación
8.3 Peso (gramos)

9. ESTADO CONYUGAL
Separado(a) 06 Viudo(a) 02 Casado(a) 05
En unión libre 01 Divorciado(a) 04 Se ignora 09

10. ESCOLARIDAD
Ninguna 01 Preescolar 012 Primaria 03 Secundaria 04
Bachillerato o preparatoria 07 Profesional 08 Posgrado 010 Se ignora 09

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
Ninguna 01 ISSSTE 03 SEDENA 05
IMSS 02 PEMEX 04 SEMAR 06

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
Secretaría de Salud 01 IMSS 03 PEMEX 05 SEMAR 07
IMSS PROSPERA 02 ISSSTE 04 SEDENA 06 Otra unidad pública 08 Unidad médica privada 09

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Código CIE
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
Código CIE

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 40 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
El embarazo 01 43 días a 11 meses después del parto o aborto 04
El parto 02 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 05
El puerperio 03

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto:
Accidente 01 Homicidio 02 Suicidio 03 Se ignora 09
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?
Sí 01 No 02 Se ignora 09

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión
Vivienda particular 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 01 Escuela u oficina pública 02
Área deportiva 03 Calle o carretera (vía pública) 04 Área comercial o de servicio 05
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(ia) fallecido(a)
Área industrial (taller, fábrica u obra) 06 Granje (rancho o parcela) 07 Otro 08 Se ignora 09

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
22.7.1 Tipo de vivienda
22.7.2 Nombre de la vivienda
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior
22.7.5 Tipo de asentamiento humano
22.7.6 Nombre del asentamiento humano
22.7.7 Código Postal
22.7.8 Localidad
22.7.9 Municipio o delegación
22.7.10 Entidad federativa

23. NOMBRE DEL CERTIFICANTE

23.3 Entidad federativa
32.4 Día Mes Añ. 113

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
BAEN300131MGRRSN00



OFICIALIA _____
FECHA DE REGISTRO
21 DE MAYO DE 2018

MUNICIPIO
IGUALA DE LA IUD

NOMBRE: _____
FECHA DE NAC: _____
LUGAR DE NAC: _____
DOMICILIO HA: _____

(CONYUGES)
NOMBRE DEL CONYUGE _____
NOMBRE DEL PADRE _____
NOMBRE DE LA MADRE _____

FECHA DE DEFUNCION: _____
LUGAR: HOGAR _____
DESTINO DEL CADAVER: _____
UBICACION: DEPARTA _____
DONDE FALLECIO: _____
CAUSAS DE LA MUER: _____

TIPO DE DEFUNCION: _____
NOMBRE DE _____
NO. DE CEDU _____
DOMICILIO: _____

NOMBRE: _____
NACIONALIDAD: _____
DOMICILIO: _____
PARENTESCO: _____
OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____
NACIONALIDAD: _____
DOMICILIO: _____
PARENTESCO: _____
OCUPACION: _____

NOMBRE: _____
NACIONALIDAD: _____
DOMICILIO: _____
PARENTESCO: _____
OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

DECLARANTE

TESTIGO

LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. DANIEL AYALA SUAREZ



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

CUMPLIDA de una hora Minutos de un día Horas de un mes Días de un año Meses de un año o más Años

Para menores de 28 días anote:
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:

8.2 Semanas de gestación:

8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL

Separado(a) 6

Viudo(a) 2

Casado(a) 5

En unión libre

Divorciado(a)

Soltero(a) 1

Se ignora 9

11. EDUCACIÓN

Ninguna 1

Prescolar 12

Primaria 3

Secundaria 5

seleccionada es:

Se ignora 99

Bachillerato preparatoria 7

Profesional 8

Posgrado 10

Se ignora 99

Completa 1

Incompleta 2

12.1 Trabajaba

SI 1

No 2

Se ignora 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 1

ISSSTE 3

SEDENA 5

Seguro Popular 7

Otra 8

13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud 1

IMSS 3

PEMEX 5

SEMAR 7

14.1 Nombre de la unidad médica

Vía pública 10

Otro lugar 12

IMSS PROSPERA

ISSSTE

SEDENA

Otra unidad pública

Unidad médica privada

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)

Hogar 11

Se ignora 99

DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a)

Causas antecedentes
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b)

c)

d)

Debido a (o como consecuencia de)

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1

El parto 2

El puerperio 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto 4

No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

SI 1

No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

SI 1

No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidente 1

Homicidio 2

Suicidio 3

Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

SI 1

No 2

Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular 0

Área deportiva 3

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1

Calle o carretera (vía pública) 4

Escuela u oficina pública 2

Área comercial o de servicio 5

Área industrial (taller, fábrica u obra) 6

Granja (rancho o parcela) 7

Otro 8

Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad

22.7.2 Nombre de la vialidad

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

31.1 Acta Núm.

32.2 Municipio o delegación

32.3 Entidad federativa

32.4 Día Mes Año

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAI

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Fracc. I
LFTAI

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
SABR260916HGRLN807



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 11 DE MAYO DE 2018	LOCALIDAD (IGUALA)
LIBRO 03	ACTA No. 00518	ENTIDAD FEDERATIVA
MUNICIPIO IGUALA DE LA SIERRA		
NOMBRE:	[REDACTED]	
FECHA DE DEFUNCION:	[REDACTED]	
LUGAR DE DEFUNCION:	[REDACTED]	
DOMICILIO:	[REDACTED]	
(LOCALIDAD)	[REDACTED]	
NOMBRE DEL CONYUGE:	[REDACTED]	
NOMBRE DEL PADRE:	[REDACTED]	
NOMBRE DE LA MADRE:	[REDACTED]	
FECHA DE DEFUNCION:	[REDACTED]	
LUGAR: HOGAR	[REDACTED]	
DESTINO DEL CADAVER:	[REDACTED]	
UBICACION: TERCERA CLASE	ORDEN NO.:	[REDACTED]
DONDE FUE ENCONTRADO:	[REDACTED]	
CAUSAS DE DEFUNCION:	[REDACTED]	
TIPO DE DEFUNCION:	[REDACTED]	
NOMBRE DEL DEFUNTO:	[REDACTED]	
NO. DE CENSALES:	[REDACTED]	
DOMICILIO DEL DEFUNTO:	[REDACTED]	
DECLARANTE		
NOMBRE:	[REDACTED]	
NACIONALIDAD:	[REDACTED]	
DOMICILIO:	[REDACTED]	
TESTIGOS		
NOMBRE:	[REDACTED]	
NACIONALIDAD:	[REDACTED]	
DOMICILIO:	[REDACTED]	
NOMBRE:	[REDACTED]	
NACIONALIDAD:	[REDACTED]	
DOMICILIO:	[REDACTED]	
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.-		

FIRMAS

TESTIGO

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN

ES EN

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. DANIEL AYALA SUAREZ

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SELO DE LA OFICIALIA
M. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
MUNICIPIO DE LA INDEFENSICIA, GOA.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2016-2018

Art. 117
Fracc. I
LFTAF

Art. 117
Fracc. I
LFTAF

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) _____

2. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos 91 Se ignora

3. NACIONALIDAD: Nacional Se ignora Otr(a) Especifique _____

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____ 8.2 Semanas de gestación: _____ 8.3 Peso (gramos): _____

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) Vido(a) Casado(a) En unión libre Divorciado(a) Soltero(a) Se ignora

11. ESCOLARIDAD: Ninguna Preescolar Primaria Secundaria Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora 11.1 La escolaridad seleccionada es: _____ Se ignora

12. Trabajaba: Sí No Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA Se ignora 13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA ISSSTE SEDENA Otra unidad pública Unidad médica 14.1 Nombre de la unidad médica: _____ Vía pública Otro lugar Hogar Se ignora

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo muerte directamente. _____

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____

Código CIE: _____

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica.

b) Debido a (o como consecuencia de) _____

c) Debido a (o como consecuencia de) _____

d) _____

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo. _____

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio 43 días a 11 meses después del parto o aborto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí No

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: _____

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto: Accidente Homicidio Suicidio Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Área deportiva Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Calle o carretera (vía pública) Escuela u oficina pública Área comercial o de servicio Área industrial (taller, fábrica u obra) Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a): _____

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad: _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad: _____

22.7.3 Núm. Exterior: _____ 22.7.4 Núm. Interior: _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: _____

22.7.7 Código Postal: _____ 22.7.8 Localidad: _____

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. _____, Libro Núm. _____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: _____ 32.2 Municipio o delegación: _____ 32.3 Entidad federativa: _____ 32.4 Día: _____ Mes: _____ Año: _____

ENTRADA: EL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO



DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

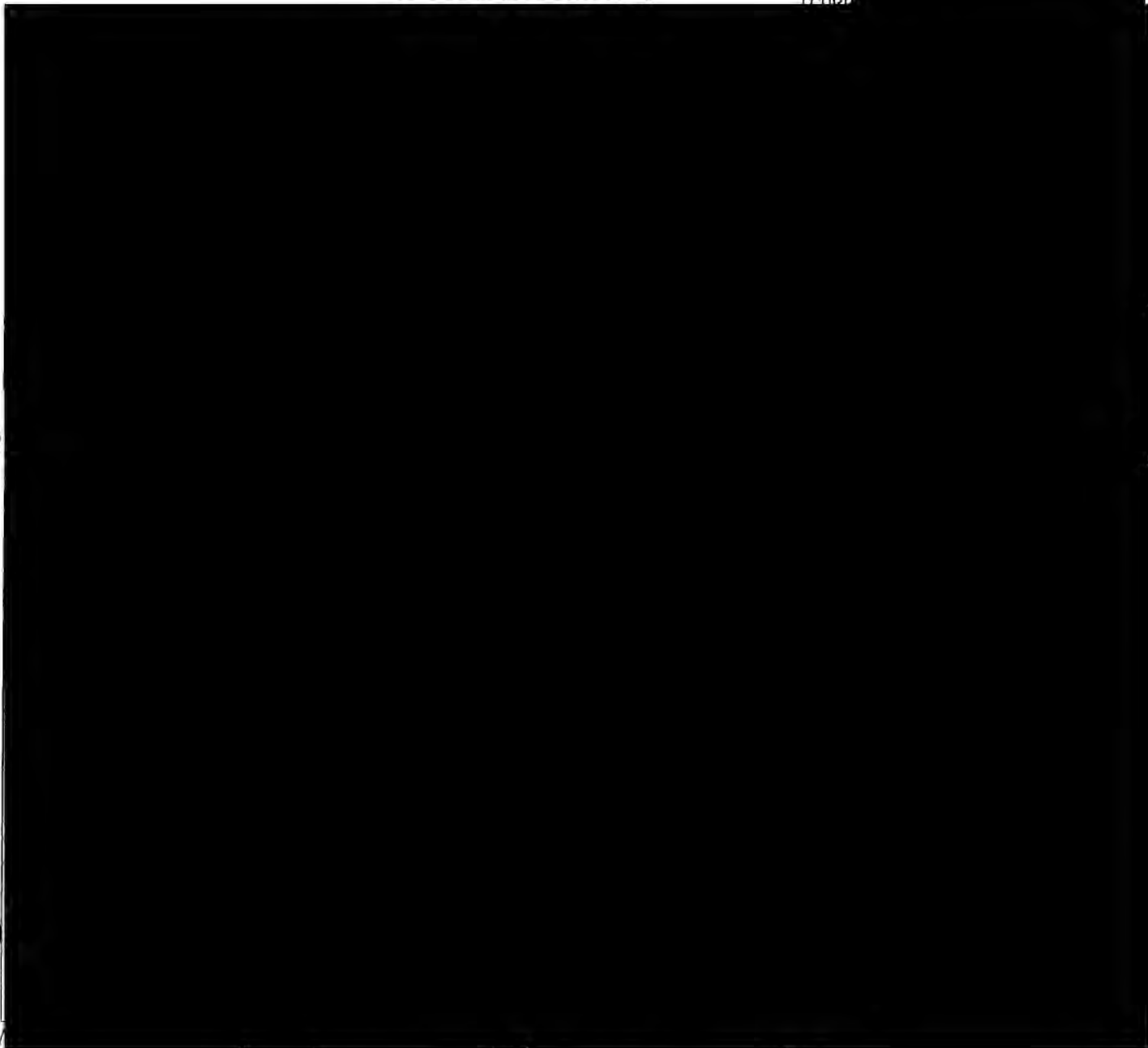
DEL REG. CIVIL



En nombre del  *Morelos* y como Oficial *Registro Civil* de este lugar, hago saber a los que la presente vieren, y certifico que en el Libro Número  del Registro Civil que es a mi cargo, a la foja se encuentran asentados los datos siguientes:

ACTA DE DEFUNCION

CRIP
CURP



MO
A NA

El suscrito Oficial del Registro Civil Núm. 01 de este Municipio certifica que los datos de la presente corresponden en todas sus letras, números y signos con su original que tuvo a la vista

LIC. NUVIA CASTAÑEDA SALAS

Certificación que se expide en CUERNAVACA, MORELOS



FECHA DE EXPEDICION



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		[REDACTED]	
2. FECHA DE NACIMIENTO		[REDACTED]	
8. EDAD CUMPLIDA		[REDACTED]	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):
9. ESTADO CONYUGAL		[REDACTED]	
10. ESCOLARIDAD		11. La escolaridad seleccionada es:	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
23. [REDACTED]		23. [REDACTED]	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

Fracc. V, VII ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
MED.E50818HGRJRO00



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 08 DE MAYO DE 2018
LIBRO 03	ACTA No. 06392
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	
LOCALIDAD IGUALA	
ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO	

NOMBRE: [REDACTED]
 FECHA D: [REDACTED]
 LUGAR D: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO
 FECHA DE DEFUNCION: 07 DE MAYO DE 2018 HORA: [REDACTED]
 LUGAR: POGAR [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED] TORIO: [REDACTED]
 UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

ONDE FALLECIO: ANCIADOR DR. RAMON DE LA FUENTE NO. 1, U HAB. DOCTORES, IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
 NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
 NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE APLICACIONES SIGUIENTES
 PRESENTO REQUISITOS

FIRMAS

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]
 SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA [REDACTED] EN QUIENES EN [REDACTED]
 EL NITEN GUERRERO Y DEBERAN SERLO EN QUIENES NO IMPRIMEN S [REDACTED]

CON PARA EL CASO

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
 LIC. DANIEL AYALA SUAREZ



H. AYUNTAMIENTO
 CONSTITUCIONAL
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUER
 OFICIALIA 01 DEL
 REGISTRO CIVIL
 2015-2018

INTERESADO

**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 LOS DATOS PERSONALES... TÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES
 DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES



DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]									
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]									
	5. CURP [Redacted]									
8. EDAD CUMPLIDA [Redacted] 6.12 Años cumplidos										
9. ESTADO CONYUGAL [Redacted]										
11. ESCOLARIDAD [Redacted]										
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD [Redacted]										
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]										
DE LA DEFUNCIÓN	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anota una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)									
	PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente [Redacted]								Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
	Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica [Redacted]								Código CIE	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN [Redacted]										
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS									
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE									
	22.3. Sitio donde ocurrió la lesión									
	22.4. Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)									
	22.5. La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:									
DEL REG. CIVIL	22.7. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio									
	22.7.1 Tipo de viabilidad									
	22.7.2 Nombre de la viabilidad									
	22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior									
	22.7.5 Tipo de asentamiento humano									
22.7.6 Nombre del asentamiento humano										
22.7.7 Código Postal										
22.7.8 Localidad										
22.7.9 Municipio o delegación										
22.7.10 Entidad federativa										
DEL INF. [Redacted]										
DEL CERTIFICANTE [Redacted]										

LFTAIP ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD
 Motivación 1 Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
BEMF350604HGRLZR08



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 08 DE MAYO DE 2018
LIBRO 03	ACTA No. 00504

LOCALIDAD
IGUALA

MUNICIPIO

[Redacted]

FALLECIMIENTO

[Redacted]

B) _____
C) _____

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DE [Redacted]

NO. DE CED [Redacted]

DOMICILIO: [Redacted]

DECLARANTE

NOMBRE: [Redacted]

NACIONALIDA [Redacted]

DOMICILIO: [Redacted]

PARENTESCO: [Redacted]

OcupACION: [Redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [Redacted]

NACIONALIDAD [Redacted]

DOMICILIO: [Redacted]

NOMBRE: [Redacted]

NACIONALIDAD [Redacted]

DOMICILIO: [Redacted]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS..

FIRMAS

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN EN SU MOMENTO Y QUIENES NO IMPRIMEN

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. DANIEL AYALA SUAREZ

SELO DE LA OFICIALIA

H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRU.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

ACTA
FOLIO
LFTAIIP



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA (ROSA) Y LA COPIA AZUL AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTO DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO: [REDACTED]

2. [REDACTED]

3. [REDACTED]

4. [REDACTED]

5. [REDACTED]

6. [REDACTED]

7. [REDACTED]

8. [REDACTED]

9. [REDACTED]

10. [REDACTED]

11. [REDACTED]

12. [REDACTED]

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna 1, ISSSTE 3, SEDENA 5, Seguro Popular 7, Otra 8, IMSS 2, PEMEX 4, SEMAR 6, IMSS PROSPERA 10, Se ignora 9

14. [REDACTED]

15. [REDACTED]

16. [REDACTED]

17. [REDACTED]

18. [REDACTED]

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en esta renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfénia, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: [REDACTED]

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 3 meses

Código CIE: [REDACTED]

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Código CIE: [REDACTED]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
El embarazo 1, El parto 2, El puerperio 3, 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1, No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1, No 2

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

22.1 Fue un presunto:
Accidente 1, Homicidio 2, Suicidio 3, Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1, No 2, Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión:
Vivienda particular 0, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1, Escuela u oficina pública 2, Área deportiva 3, Calle o carretera (vía pública) 4, Área comercial o de servicio 5, Área Industrial (taller, fábrica u obra) 6, Granja (rancho o parcela) 7, Otro 8, Se ignora 9

22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): [REDACTED]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [REDACTED]

22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:

22.7.1 Tipo de vivienda: [REDACTED]

22.7.2 Nombre de la vivienda: [REDACTED]

22.7.3 Núm. Exterior: [REDACTED]

22.7.4 Núm. Interior: [REDACTED]

22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [REDACTED]

22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [REDACTED]

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL REG. CIVIL

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Fracc. I LFTAIP Motivación 1 Motivación 2



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1 NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2 PRIMER APELLIDO		3 SEGUNDO APELLIDO	
4 ENTIDAD DE NACIMIENTO		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL	
11. ESCOLARIDAD		12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
14. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		15. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		16. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
17. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA DE JUZGADO LFTAI		18. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		19. TELÉFONO	

Motivación 1

Motivación 2



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LA LEYENDA LEER LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [REDACTED]

2. [REDACTED]

3. [REDACTED]

4. [REDACTED]

5. [REDACTED]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI NO Se ignora

7. NACIONALIDAD Mexicana 1 Otra 2 → Especifique

8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos 076 Se ignora

Para menores de 28 días anote:
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [REDACTED] 8.2 Semanas de estancia: [REDACTED] 8.3 Peso (gramos): [REDACTED]

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) 6 Vuelto(a) 7 Casado(a) 8 9

10. [REDACTED]

11. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Preescolar 2 Primaria 3 Secundaria 4 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99

11.1 La escolaridad seleccionada es: [REDACTED] Completa Incompleta

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR IMSS PÉQUEROS Se ignora

DE LA DEFUNCIÓN

14. [REDACTED]

15. [REDACTED]

16. [REDACTED]

17. [REDACTED]

18. [REDACTED]

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [REDACTED]

b) Causas antecedentes Estados morbosos si existiera alguno, que produjeron la causa mencionada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

c) [REDACTED]

d) [REDACTED]

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

20. [REDACTED]

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 5 MESES

Código CIE [REDACTED]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3
43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI NO

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI NO

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto: Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI NO Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Escuela u oficina pública 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Área deportiva 3 Calle o carretera (vía pública) 4 Área comercial o de servicio 5 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tiene el presunto agresor con el(los) fallecido(s) [REDACTED]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]

22.6 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [REDACTED]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vivienda [REDACTED] 22.7.2 Nombre de la vivienda [REDACTED]

22.7.3 Núm. Exterior [REDACTED] 22.7.4 Núm. Interior [REDACTED] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [REDACTED] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [REDACTED]

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

[REDACTED]

Fracc. V, MENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD LFTAIP

Fracc. I LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2



180290304



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
CATL781106HGRSNN05



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 31 DE MAYO DE 2018	
LIBRO 03	ACTA No. 00595	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

568

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: CA [REDACTED]
IGUALA (LOCALIDAD)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR: SECRETARIA [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]

UBICACION: PRIMERA [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL DEFUNTO: [REDACTED]

NO. DE CEDULA: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

PARENTESCO: [REDACTED]

OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
FISCALIA GENERAL DEL ESTADO, UNIDAD INTEGRAL 3, CARPETA DE INVESTIGACION: 12060389100656290516.
OFICIO NUM.: 6906. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 29 DE MAYO DE 2018

FIRMAS

TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____
SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RAZON DE LA DEFUNCION Y QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU FIRMA

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
— LIC. DANIEL AYALA SUAREZ

FIRMA



Art. 11
Fracc. VII
LFTAI

Motivación 1

INTERESADO

Motivación 2



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LA FOLIA REGISTRAR EN LA OFICIALÍA DEL REGISTRO CIVIL

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		[Redacted]	
	CUMPLIDA		[Redacted]	
	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	
DE LA DEFUNCIÓN	11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:	
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:	
DEL REG. CIVIL	31.1 Acta Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
	31.2 Acta Núm.		32.1 Localidad	





FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
UNIDAD INTEGRAL 3

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]

OFICIO NÚM.: 6906

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (29) VEINTINUEVE DIA(S) DEL MES DE MAYO DEL DOS MIL DIECIOCHO

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL.
PRESENTE.

Por medio del presente solicito a Usted, se sirva registrar la defunción de la persona del sexo [REDACTED] que en vida respondió al nombre de [REDACTED] de quien informo lo siguiente:

Nombre [REDACTED]

Edad [REDACTED]

Fecha de Nacimiento [REDACTED]

Estado civil [REDACTED]

Instrucción: [REDACTED]

Ocupación: [REDACTED]

Originario [REDACTED]

Nacionalidad: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Padres: [REDACTED]

Lugar y fecha de muerte: [REDACTED]

Causa de muerte: [REDACTED]

Doctor que Dictamino [REDACTED]

Inhumacion: [REDACTED]

MINISTERIO PÚBLICO
DISTRITO JUDICIAL DE HIDALGO

ZONA NOR
DISTRITO JUD. DE
HIDALGO

*38V1300V2018L4302030N2

H. COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLKSWAGEN

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
MOXP380720HGRRXD01



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 29 DE MAYO DE 2018		
LIBRO 03	ACTA No. 00586	LOCALIDAD IGUALA	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		FINADO	
NOMBRE: [REDACTED]			
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]		NACIONALIDAD: MEXICANA	
LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA (LOCALIDAD)		GUERRERO MEXICO	
DOMICILIO HABITUAL: IGUALA (LOCALIDAD)			
NOMBRE DEL CONYUGE		NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE		NACIONALIDAD:	
NOMBRE DE LA MADRE		NACIONALIDAD:	
FALLECIMIENTO			
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]			
LUGAR: HOSPITAL			
DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]			
UBICACION: TERCERA			
DONDE FALLECIO: [REDACTED]			
CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]			
B) B) CIRROSIS			
C) C) ANEMIA			
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL			
NOMBRE DEL INTERESADO: [REDACTED]			
NO. DE CEDULA: [REDACTED]			
DOMICILIO: [REDACTED]			
DECLARANTE			
NOMBRE: [REDACTED]		PARENTESCO: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: [REDACTED]		OCUPACION: [REDACTED]	
DOMICILIO: [REDACTED]			
TESTIGOS			
NOMBRE: [REDACTED]		PARENTESCO: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: [REDACTED]		OCUPACION: [REDACTED]	
DOMICILIO: [REDACTED]			
NOMBRE: [REDACTED]		PARENTESCO: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: [REDACTED]		OCUPACION: [REDACTED]	
DOMICILIO: [REDACTED]			
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES			

[REDACTED]
TESTIGO

[REDACTED]
DECLARANTE

[REDACTED]
TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMIERON EN

[REDACTED]

[REDACTED]

C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. DANIEL AYALA SUAREZ

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

Ar...
Fr...
LFTAIP

INTERESADO

Motivación 2

Motivación 1



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO



SECRETARÍA DE SALUD

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO: [Redacted]

2. Sexo: Masculino Femenino

3. Fecha de nacimiento: [Redacted]

4. Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Divorcedo(a) En unión libre

5. Estado conyugal: Separado(a) Viudo(a) Casado(a) Divorcedo(a) Soltero(a) En unión libre

6.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]

6.2 Semanas de gestación: [Redacted]

6.3 Peso (gramos): [Redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

7. ESCOLARIDAD

7.1 Ninguna 1, Preescolar 12, Primaria 3, Secundaria 5, Bachillerato o preparatoria 7, Profesional 8, Posgrado 10, Sa ignora 99

7.2 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta

8. ASILACIÓN: Ninguna [Redacted]

9. Lugar de defunción: Otro lugar 12, Se ignora 99

DE LA DEFUNCIÓN

10. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

11. PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) Debidlo [Redacted]

b) Debidlo [Redacted]

c) Debidlo [Redacted]

d) Debidlo [Redacted]

12. PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

13. Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: [Redacted]

14. Código CIE: [Redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especificue si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1, El parto 2, El puerperio 3, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 4

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio? SI No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Redacted]

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto: Accidente 1, Homicidio 2, Suicidio 3, Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0, Vivienda colectiva (salto, orfanato, etc.) 1, Escuela u oficina pública 2, Área deportiva 3, Calle o carretera (vía pública) 4, Área comercial o de servicio 5, Área industrial (taller, fábrica u obra) 6, Granja (rancho o parcela) 7, Otro 8, Se ignora 9

22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

22.7 Aplica al domicilio de [Redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

[Redacted]

DEL REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION PERA510219HGRRL03



ESTADO	GUERRERO	FECHA DE REGISTRO	30 DE MAYO DE 2018
MUNICIPIO	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ACTA No.	00592
LOCALIDAD	IGUALA	ENTIDAD FEDERATIVA	GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD): [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGADO: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: CLINICA DEL IMSS CERTIFICADO: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED] CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: SEGUNDA CLASE ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: CARR. NACIONAL MEXICO-ACAPULCO KM.196 CENTRO. IGUALA, GUERRERO.

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: C.C. [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FIRMAS

TESTIGO: [REDACTED] DECLARANTE: [REDACTED] TESTIGO: [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN EN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA



EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL LIC. DANIEL AYALA SUAREZ

FIRMA





SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. EDAD CUMPLIDA [Redacted]

3. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]

4. NACIONALIDAD Mexicana Se ignora

5. ESTADO CONYUGAL Separado(a) Viudo(a) Casado(a) Se ignora

6. ESCOLARIDAD Ninguna Preescolar Primaria Secundaria Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora

7. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA ISSSTE SEDENA Otra unidad pública Unidad médica privada

8. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA ISSSTE SEDENA Otra unidad pública Unidad médica privada

9. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 1 día Código CIE: [Redacted]

b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

d) [Redacted]

PARTE II
Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado morbosos que la produjo

[Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 20 años Código CIE: [Redacted]

10. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUERTE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio 21.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si No 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Redacted]

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente Homicidio Suicidio Se ignora 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si No Se ignora 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Área industrial (taller, fábrica u obra) Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Calle o carretera (vía pública) Granja (rancho o parcela) Escuela u oficina pública Área comercial o de servicio Se ignora 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): [Redacted]

22.5 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vivienda: [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior: [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior: [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted] 22.7.7 Código Postal: [Redacted] 22.7.8 Localidad: [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación: [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa: [Redacted]

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO: [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: [Redacted] 32.2 Municipio o delegación: [Redacted] 32.3 Entidad federativa: [Redacted] 32.4 Día: [Redacted] Año: [Redacted]

Motivación 1

Motivación 2

Art. 113
Fracc. I
LFTAI



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 31 DE MAYO DE 2018	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 03	ACTA No. 00594	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		FINADO
NOMBRE: [REDACTED]		
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]		
LUGAR: [REDACTED]		
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION		
UBICACION: PRIMERA CLASE		
DONDE FALLECIO: C. [REDACTED]		
CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]		
TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]		
NOMBRE DEL DECLARANTE: [REDACTED]		
NO. DE CEDULA: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED]		
NOMBRE: [REDACTED]		
NACIONALIDAD: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED]		
PARENTESCO: [REDACTED]		
OCUPACION: [REDACTED]		
TESTIGOS		
NOMBRE: [REDACTED]		
NACIONALIDAD: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED]		
PARENTESCO: [REDACTED]		
OCUPACION: [REDACTED]		
NOMBRE: [REDACTED]		
NACIONALIDAD: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED]		
PARENTESCO: [REDACTED]		
OCUPACION: [REDACTED]		
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.		

FIRMAS

TESTIGO

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. DANIEL AYALA SUAREZ

FIRMA



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRQ.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF. DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		[REDACTED]	
2. FECHA DE NACIMIENTO		[REDACTED]	
3. NACIONALIDAD		[REDACTED]	
4. CUMPLIDA		[REDACTED]	
5. ESTADO CONYUGAL		[REDACTED]	
6. ESCOLARIDAD		[REDACTED]	
7. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		[REDACTED]	
8. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		[REDACTED]	
9. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		[REDACTED]	
10. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		[REDACTED]	
11. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		[REDACTED]	
12. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA		[REDACTED]	
13. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		[REDACTED]	
14. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		[REDACTED]	

Art. 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD
 Fracc. V, VII LFTAIP
 Motivación 1 Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
VIVC271206MGRLLR00



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 04 DE JUNIO DE 2018	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 04	ACTA No. 00606	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		FINADO

NOMBRE: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
 DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]
 IGUALA (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO
 FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
 LUGAR: HOGAR [REDACTED] CERTIFICADO NO [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION () NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] DONDE FALLECIO: [REDACTED] EN NO.: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA DEFUNCION: [REDACTED]
 TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
 NO. DE CENSA: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
 NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
 NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 DOMICILIO: COL. EL CAPIRE, IGUALA, GUERRERO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS
 TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____
 SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA
 ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN S
 QUIENES EN

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
 LIC. DANIEL AYALA SUAREZ





ACTA DE DEFUNCION

DMX

FINADO

FALLECIMIENTO

DECLARANTE

AN LA

Se imp

ES N N

MGE

Dirección General Del Registro Civil

LIC. SINHUE ISRAEL RUIZ FERNÁNDEZ, C. JUEZ 51° DEL REGISTRO CIVIL DE LA CIUDAD DE MÉXICO. CON FUNDAMENTO EN EL ARTICULO 37, FRACCION XVI DEL REGLAMENTO INTERIOR DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

CERTIFICO

QUE LA PRESENTE COPIA FOTOSTÁTICA ES REPRODUCCIÓN FIEL Y EXACTA DE SU ORIGINAL QUE OBRA EN EL ARCHIVO DEL JUZGADO 51° DEL REGISTRO CIVIL, MISMA QUE FUÉ DEBIDAMENTE COTEJADA Y SELLADA Y SE EXTIENDE ÚNICAMENTE PARA TRASLADO; CONSTAN DE 1 FOJA(S) ÚTILES; SIN TEXTO EN SU ANVERSO.

SE EXPIDE EN LA CIUDAD DE MÉXICO AL DIA [REDACTED] DEL AÑO 2018. PARA LOS EFECTOS LEGALES QUE HAYA LUGAR.

ATENTAMENTE

LIC. SINHUE ISRAEL RUIZ FERNÁNDEZ
JUEZ 51° DEL REGISTRO CIVIL
DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

40352629
JUZGADO



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

ANTES DE LLENAR, LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. SEXO: Masculino Femenino

3.1 Fecha de nacimiento: [Redacted] Se ignora 9

3.2 Fecha de defunción: [Redacted] Se ignora 9

3.3 Fecha de registro: [Redacted] Se ignora 9

3.4 Fecha de inscripción en el registro: [Redacted] Se ignora 9

3.5 Fecha de inscripción en el libro: [Redacted] Se ignora 9

4. Para menores de 28 días anote:
4.1 Folio del Certificado de Defunción: [Redacted]

4.2 Sexo: [Redacted] Se ignora 9

4.3 Estado civil: [Redacted] Se ignora 9

4.4 Grado de parentesco con el fallecido: [Redacted] Se ignora 9

5. ESCOLARIDAD

5.1 Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5

Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1 Incompleta 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL

12.1 Trabajaba Se ignora 99

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 6

IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 5

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7

INSS PROSPERA 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8

Unidad médica privada 9

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

18.1 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

18.2 Causas antecedentes

18.3 Debido a (o como consecuencia de)

18.4 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moribundo que la produjo

18.5 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

18.6 Código CIE

18.7 Código CIE

18.8 Código CIE

18.9 Código CIE

18.10 Código CIE

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 44 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4

El parto 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 3

El puerperio 3

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

20.1 Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1 No 2 Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular 0 Área deportiva 3

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4

Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(ia) fallecido(a)

Área Industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7

Otro 8 Se ignora 9

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad

22.7.2 Nombre de la vialidad

22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior

22.7.5 Tipo de asentamiento humano

22.7.6 Nombre del asentamiento humano

22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad

31.1 Acta Núm. 10

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

32.1 Localidad

32.2 Municipio o delegación

32.3 Entidad federativa

32.4 Día Mes Año

31.2 Acta Núm. 10

32.1 Localidad

32.2 Municipio o delegación

32.3 Entidad federativa

32.4 Día Mes Año

31.1 Acta Núm. 10

32.1 Localidad

32.2 Municipio o delegación

32.3 Entidad federativa

32.4 Día Mes Año

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

IPR

CIVIL

EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE ENTREGAR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 113
Fracc. I
LFTAI

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
VEBA490903HGRRRR09



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 28 DE JUNIO DE 2018	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 04	ACTA No. 00880	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		

NO [REDACTED]
FE [REDACTED]
LU [REDACTED]
OC [REDACTED]

(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
 LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED] REMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: PRIMERA CLASE [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: BLVD [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED] EDAD: 43

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 PRESENTO REQUISITOS. [REDACTED]

FIRMAS

[REDACTED]

DECLARANTE

[REDACTED]

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. DANIEL AYALA SUAREZ



LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos **58** Se ignora

3. 8.1 Fóllo del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted] 8.3 Peso (gramos): [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) 6 Viudo(a) 2 Casado(a) 5 Soltero(a) 1 Se ignora 9

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía **57**

11. La escolaridad seleccionada es: Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 4 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 5

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 1 IMSS 2 IMSS PROSPERA 2 ISSSTE 6

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí 1 No 2 Se ignora 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí 1 No 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: **1 MES**

Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: **4 años**

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: **40 años**

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 64 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 El parto 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5 Si puerperio 3

21.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 2

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA; ESPECÍFQUE

22.1 Fue un presunto: Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí 1 No 2 Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0 Área deportiva 3 Calle o carretera (vía pública) 4 Área comercial o de servicio 5 Escuela u oficina pública 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted]

22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

31.1 Acta Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]

31.2 Municipio o delegación [Redacted]

31.3 Entidad federativa [Redacted]

31.4 Día Mes Año [Redacted]

Motivación 1 [Redacted]

Motivación 2 [Redacted]

SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. CURP		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			
4. EDAD CUMPLIDA		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA ALTERNATIVA O PAÍS (SI RESIDIÓ EN EL EXTRANJERO)		Se ignora <input type="radio"/> 99	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
10. RESIDENCIA HABITUAL		9. ESTADO CONYUGAL		Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. ¿HABLA ALGUNA LENGUA ALTERNATIVA O PAÍS (SI RESIDIÓ EN EL EXTRANJERO)	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación		13.2 ¿HABLA ALGUNA LENGUA ALTERNATIVA O PAÍS (SI RESIDIÓ EN EL EXTRANJERO)	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.9 Municipio o delegación	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.10 Entidad federativa	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
<p>PARTE I</p> <p>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) [Redacted]</p> <p>b) Causas antecedentes</p> <p>c) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica</p> <p>d) Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>PARTE II</p> <p>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo</p>		<p>17.1 SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>17.2 SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p>		<p>18.1 SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte</p> <p>3</p> <p>10 años</p> <p>Código CIE</p>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
22.1 Fue un presunto		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Código CIE	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad	
22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación	
22.7.10 Entidad federativa		23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
25. [Redacted]		26. [Redacted]		27. [Redacted]	
28. [Redacted]		29. [Redacted]		30. [Redacted]	
31. [Redacted]		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33. [Redacted]	

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
CABC980903HGTMR10



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 27 DE JUNIO DE 2018	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 04	ACTA No. 00679	ENTIDAD FEDERATIVA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	[REDACTED]	
NOMBRE:	[REDACTED]	
FECHA DE NACIMIENTO:	[REDACTED]	
LUGAR DE NACIMIENTO:	[REDACTED]	
DOMICILIO:	[REDACTED]	
NOMBRE DEL CONYUGE:	[REDACTED]	NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE:	[REDACTED]	NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DE LA MADRE:	[REDACTED]	NACIONALIDAD: [REDACTED]
FECHA DE DEFUNCION:	[REDACTED]	HORA: [REDACTED]
LUGAR: HOGAR	[REDACTED]	CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO:	[REDACTED]	
UBICACION: DEPARTAMENTO DE TERCERA CLASE	ORDEN NO.: [REDACTED]	
DONDE FALLECIO: [REDACTED]	[REDACTED]	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]	[REDACTED]	
TIPO DE DEFUNCION:	[REDACTED]	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:	[REDACTED]	
NO. DE CREDENCIAL:	[REDACTED]	
DOMICILIO:	[REDACTED]	
DECLARANTE		
NOMBRE:	[REDACTED]	[REDACTED]
NACIONALIDAD:	[REDACTED]	PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO:	[REDACTED]	OCUPACION: [REDACTED]
TESTIGOS		
NOMBRE:	[REDACTED]	[REDACTED]
NACIONALIDAD:	[REDACTED]	PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: SA	[REDACTED]	OCUPACION: [REDACTED]
NOMBRE: JL	[REDACTED]	[REDACTED]
NACIONALIDAD:	[REDACTED]	PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: COL. SOLIDARIDAD, IGUALA, GUERRERO	[REDACTED]	OCUPACION: [REDACTED]
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES FISCALIA GENERAL DEL ESTADO, INTEGRAL 1. CARPETA DE INVESTIGACION: 12060380101097260618 OFICIO NUM.: 8581. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 26 DE JUNIO DE 2018.		

FIRMAS

TESTIGO _____
DECLARANTE _____
TESTIGO _____
SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO, EN LA PRESENTE INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO INTERVINIERON EN LA PRESENTE ACTA.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. DANIEL AYALA SUAREZ



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2016-2018

CERTIFICADO DE DEFUNCION

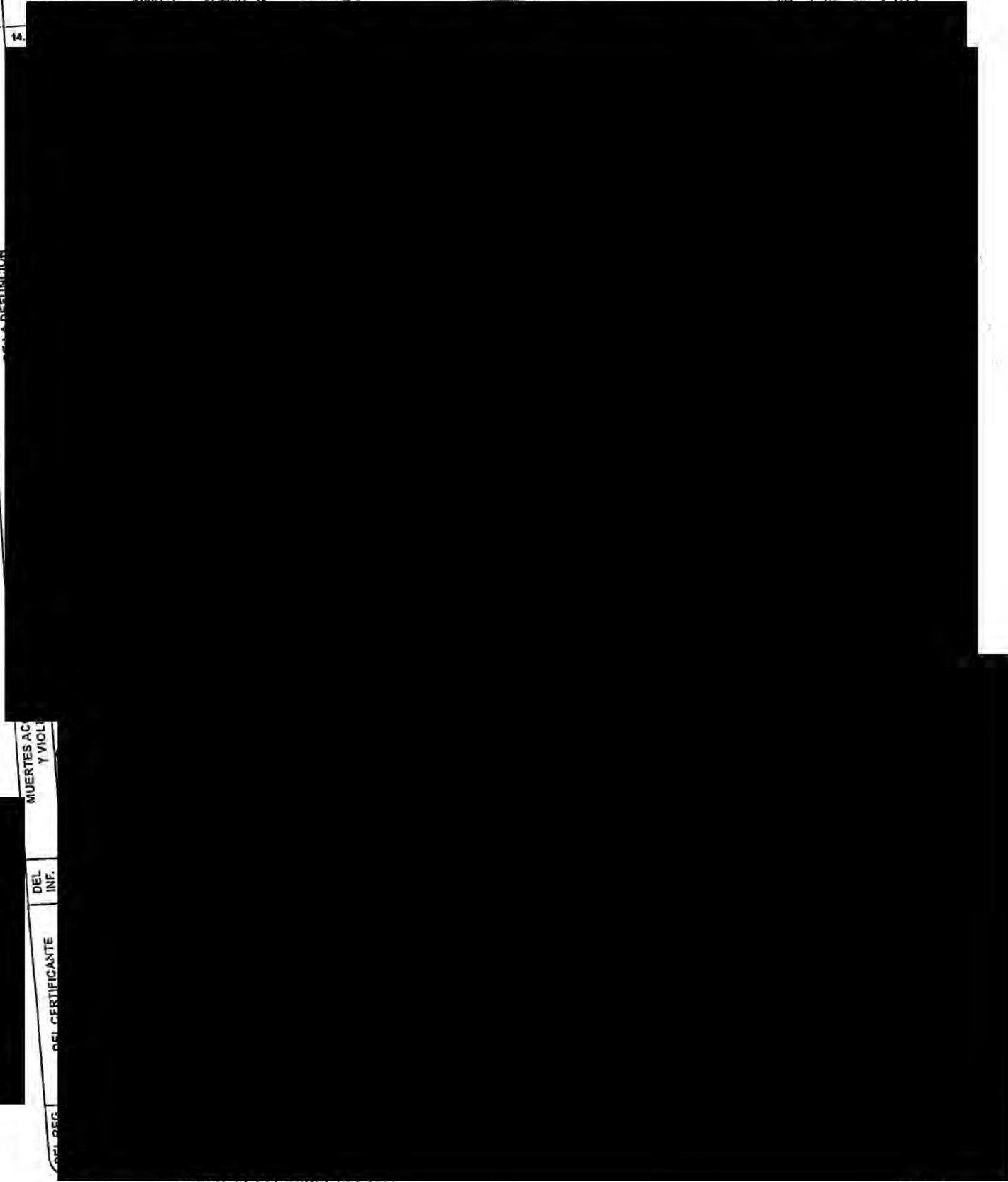
ESTADO DE GUERRERO

1. NO FA
2. FE
3. G
4. CL
5. Para me 8.1 Folio
6. RES Anote e
7. 10.3 No
8. Se ignora 9
Especifique
9. Cumplidos 9
10. Casado(a) 5
11. 9

DEL FALLECIDO

11. ESCOLARIDAD
Ninguna 1
Preescolar 12
Primaria 3
Secundaria 5
Bachillerato o preparatoria 7
Profesional 8
Posgrado 10
Se ignora 99
Completada 1
Incompleta 2
12.1 Trabajaba SI 1 No 2 Se ignora 9
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS
Ninguna 1
ISSSTE 3
SEDENA 5
Seguro Popular 7
Otra 8
13.1 Número de seguridad social o afiliación
14. 99

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN PUEBLOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES OBLIGADOS



MUERTES AC Y VIOL
DEL INF.
DEL CERTIFICANTE
DEL REG.

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP

Art. 113 Fracc. I LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

4326231M2018*



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
INTEGRAL 1

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]

OFICIO NÚM.: 8581

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (26) VEINTISEIS DIA(S) DEL MES DE JUNIO DEL DOS MIL DIECIOCHO

C. OFICIAL DEL RESGISTRO CIVIL
PRESENTE.

Por este conducto notifico a Usted, del fallecimiento de la persona del sexo [REDACTED] que en vida respondió al nombre de [REDACTED] de quien informo lo siguiente:

Nombre: [REDACTED]

Edad: [REDACTED]

Ocupación: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Padres: [REDACTED]

Nacionalidad: [REDACTED]

Estado Civil: [REDACTED]

Originario: [REDACTED]

Instrucción: [REDACTED]

Lugar del deceso: [REDACTED]

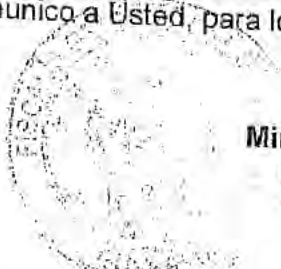
Fecha del deceso: [REDACTED]

Causa de Muerte: [REDACTED]

Médico que dictaminó: [REDACTED]

Lugar de inhumación: [REDACTED]

Lo que comunico a Usted, para los efectos legales correspondientes a que haya lugar.



A [REDACTED]
Ministerio Público del Distrito Integral
del Distrito Integral de Iguala de la Independencia, Guerrero

[REDACTED]

Art. 110

Fracc. V, VII

LFTAIP

Motivación 1

ZONAS NOROCCIDENTALES
DISTRITO JUDICIAL DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

38V1603V2018L4336831N2018

COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLKSWAGEN

Art. 113

Fracc. I

LFTAIP

Motivación 2



ACTA DE DEFUNCIÓN

CITY OF MEXICO

CDMX

FINADO

FALLECIMIENTO

DECLARANTE

Se dio por terminado el acto y firma la presente, para constancia, los que en ella intervinieron y saben hacerlo y los que no imprimen su huella digital. Se cierra el acta que autoriza. Doy fé EL JUEZ 14^o

NOMBRE DEL JUEZ: LIC. JUAN SALAZAR ACOSTA

FIRMA DEL JUEZ: [Signature]

DEL REGISTRO CIVIL

ESTA ACTA SE RELACIONA CON LOS FOLIOS DE ANOTACIONES QUE SE SEÑALAN, SIN LOS CUALES ESTA INCOMPLETA:

No: Fecha: Firma:

No: Fecha: Firma:

PAGO DE DERECHOS \$ --- COMPROBANTE DE PAGO, No. ---

MM. Dirección General Del Registro Civil

CERTIFICO SOLO PARA TRASLADO QUE ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL QUE OBRA EN EL ARCHIVO DE ESTE JUZGADO EN CUAUHTEMOC, DISTRITO FEDERAL A LOS 20 DIAS DEL MES DE JUNIO DEL 2018

C. JUEZ DECIMO CUARTO DEL REGISTRO CIVIL

LIC. JUAN SALAZAR ACOSTA

50556216



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

AMBITO FEDERAL PARA LAS ENTIDADES FEDERATIVAS Y PARA EL DISTRITO FEDERAL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. F [Redacted]

5. CURP [Redacted]

6. SEXO: Se ignora 99 SI SEÑORA 9

DEL FALLECIDO

[Redacted]

11. ESCOLARIDAD

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1 Incompleta 2

12. OCUPACIÓN: [Redacted]

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Seguro Popular 7

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud 1

[Redacted]

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

INSTITUTO DE CIENCIAS FORENSES TSJCDMX RELACIONES PÚBLICAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 34 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? 1 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? 1 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: Código CIE [Redacted]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22.1 Tipo de vialidad: [Redacted]

22.2 Nombre de la vialidad: [Redacted]

22.3 Núm. Exterior: [Redacted] 22.4 Núm. interior: [Redacted]

22.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted]

22.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted]

DEL CERTIFICANTE

[Redacted]

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. [Redacted], Libro Núm. [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: [Redacted]

32.2 Municipio o delegación: [Redacted] 32.3 Entidad federativa: [Redacted] 32.4 Día: [Redacted] Mes: [Redacted] Año: [Redacted]

Fracc. V, VN LFTAIP Fracc. I LFTAIP

Motivación 1 Motivación 2

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

504

En nombre del Estado Libre y Soberano de Morelos y como Oficial del Registro Civil de este lugar, hago saber a los que la presente vieren, y certifico que en el Libro Número [redacted] del Registro Civil que es a mi cargo, a la foja [redacted] se encuentran asentados los datos siguientes:

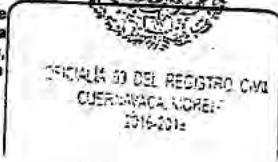
ACTA DE DEFUNCION

CRIP [redacted]
CURP [redacted]

OFICIALIA	LIBRO No.	FOJA No.
[redacted]	[redacted]	[redacted]
NOMBRE DEL PADRE		NOMBRE DE LA MADRE
ABDON LOPEZ		CONCEPCION ESTRADA
CAUSA(S) DE LA DEFUNCION		
[redacted]		
[redacted]		

[Redacted signature area]

El suscrito Oficial del Registro Civil Núm 03 de este Municipio Certifica que los datos de la presente corresponden en todas sus letras, números y signos con su original que tuvo a la vista.



19/06/2018 13:52:11
FECHA DE EXPEDICION

LIC. EDUARDO VILLARREAL TORRES

El C. Oficial No. 03 del Registro Civil

Certificación que se expide

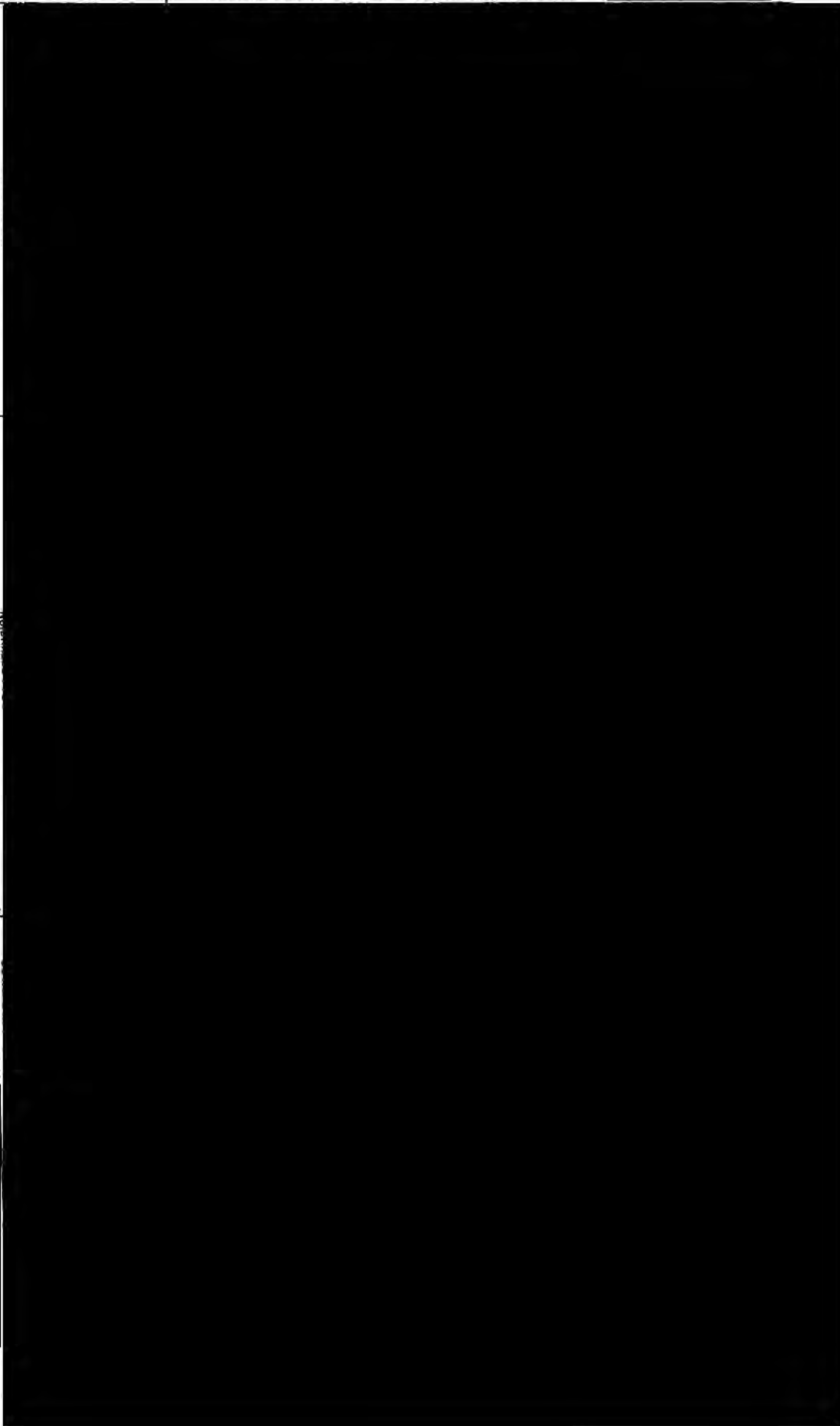


SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN
DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES
DEL FALLECIDO



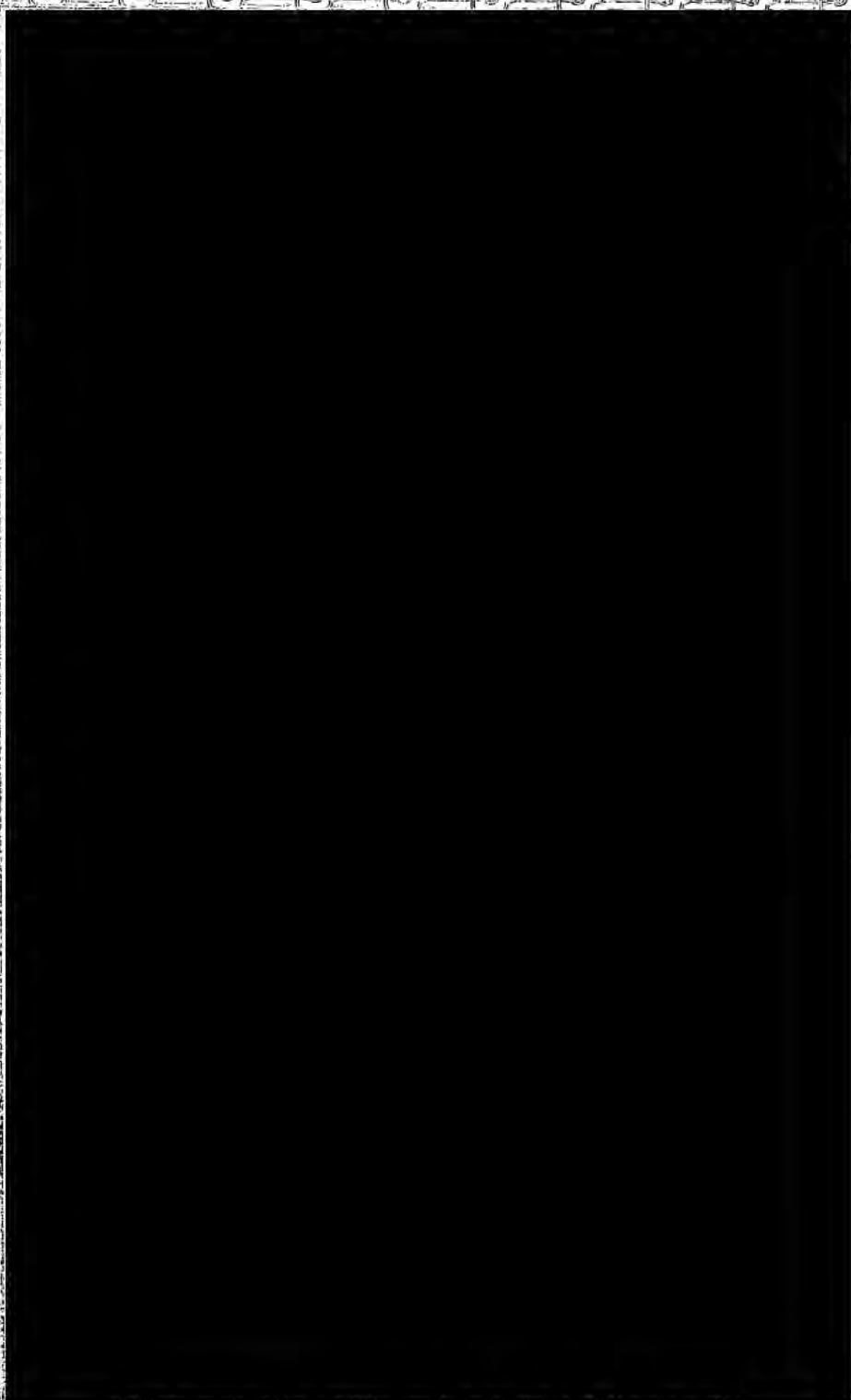
Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 2

66



SE DIRECTORIA LA PRESUNTE ALTA Y CONFORCES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN ODIETRES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICINA N.º 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. DANIEL AYALA SUAREZ

FIRMA



SELLO DE LA OFICIALIA

RECIBIDO

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [REDACTED]

2. [REDACTED]

3. [REDACTED]

4. [REDACTED]

5. [REDACTED]

6. [REDACTED]

7. [REDACTED]

8.1 Folio del Cartillero de Nacimiento: [REDACTED] 8.2 Señala de gestación: [REDACTED] 8.3 Peso (gramos): [REDACTED]

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) 6, Casado(a) 5, Viudo(a) 2, Soltero(a) 1

10. RESIDENCIA: [REDACTED]

11. La escolaridad seleccionada es: [REDACTED]

12. [REDACTED]

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna 1, ISSSTE 3, SEDENA 5, Seguro Popular 7, IMSS 2, PEMEX 4, SEMAR 6, IMSS PROSPERA 10, Se ignora 9

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud 1, IMSS 3, PEMEX 5, SEMAR 7, IMSS PROSPERA 2, ISSSTE 4, Otra 8

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: [REDACTED]

16. [REDACTED]

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI 1, No 2, Se ignora 3

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI 1, No 2

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 3 DÍAS, 2 DÍAS

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [REDACTED]

21. ¿Las causas anotadas fueron aplicaciones locales del embarazo, parto o puerperio? SI 1, No 2

21.3 ¿Las causas anotadas son (a) el embarazo, parto o puerperio? SI 1, No 2

22. ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1, No 2, Se ignora 3

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 1, Área deportiva 3, Calle o carretera (vía pública) 4, Escuela u oficina pública 2, Área comercial o de servicio 5

22.4 Anota la relación que tenía el presunto agresor con al(ia) fallecido(a): [REDACTED]

22.7.1 Tipo de violencia: [REDACTED] 22.7.2 Nombre de la violencia: [REDACTED] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [REDACTED] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [REDACTED] 22.7.8 Localidad: [REDACTED] 22.7.9 Actividad económica: [REDACTED]



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
RARM270305HGRMYLD2



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 12 DE JUNIO DE 2018	
LIBRO 04	ACTA No. 00641	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
NOMBRE: [REDACTED]		
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]		
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]		
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]		
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]		
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]		
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]		
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]		
LUGAR: HOGAR		
DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]		
UBICACION: DEPARTAMENTO D [REDACTED]		
DONDE FALLECIO: [REDACTED]		
CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]		
TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]		
NOMBRE DEL MEDICO: [REDACTED]		
NO. DE CEDULA: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED]		
NOMBRE: [REDACTED]	NACIONALIDAD: [REDACTED]	PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]	OCCUPACION: [REDACTED]	
TESTIGOS		
NOMBRE: [REDACTED]	NACIONALIDAD: [REDACTED]	PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]	OCCUPACION: [REDACTED]	
NOMBRE: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]	OCCUPACION: [REDACTED]	

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. DANIEL AYALA SUAREZ

TESTIGO
NES EN



SELO DE [REDACTED]

H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES.

DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

2. [Redacted]

3. [Redacted]

4. [Redacted]

5. [Redacted]

6. [Redacted]

7. [Redacted]

8. [Redacted]

9. [Redacted]

10. [Redacted]

11. [Redacted]

12. [Redacted]

13. [Redacted]

14. [Redacted]

15. [Redacted]

16. [Redacted]

17. [Redacted]

18. [Redacted]

19. [Redacted]

20. [Redacted]

21. [Redacted]

22. [Redacted]

23. [Redacted]

24. [Redacted]

25. [Redacted]

26. [Redacted]

27. [Redacted]

28. [Redacted]

29. [Redacted]

30. [Redacted]

31. [Redacted]

32. [Redacted]

33. [Redacted]

34. [Redacted]

35. [Redacted]

36. [Redacted]

37. [Redacted]

38. [Redacted]

39. [Redacted]

40. [Redacted]

41. [Redacted]

42. [Redacted]

43. [Redacted]

44. [Redacted]

45. [Redacted]

46. [Redacted]

47. [Redacted]

48. [Redacted]

49. [Redacted]

50. [Redacted]

51. [Redacted]

52. [Redacted]

53. [Redacted]

54. [Redacted]

55. [Redacted]

56. [Redacted]

57. [Redacted]

58. [Redacted]

59. [Redacted]

60. [Redacted]

61. [Redacted]

62. [Redacted]

63. [Redacted]

64. [Redacted]

65. [Redacted]

66. [Redacted]

67. [Redacted]

68. [Redacted]

69. [Redacted]

70. [Redacted]

71. [Redacted]

72. [Redacted]

73. [Redacted]

74. [Redacted]

75. [Redacted]

76. [Redacted]

77. [Redacted]

78. [Redacted]

79. [Redacted]

80. [Redacted]

81. [Redacted]

82. [Redacted]

83. [Redacted]

84. [Redacted]

85. [Redacted]

86. [Redacted]

87. [Redacted]

88. [Redacted]

89. [Redacted]

90. [Redacted]

91. [Redacted]

92. [Redacted]

93. [Redacted]

94. [Redacted]

95. [Redacted]

96. [Redacted]

97. [Redacted]

98. [Redacted]

99. [Redacted]

100. [Redacted]

11. ESCOLARIDAD

Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5

Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99

12. La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta 2

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 1 IMSS 2 PEMEX 4 SEDENA 5 SEMAR 6 Seguro Popular 7 IMSS PROSPERA 10

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de IMSS PEMEX SEDENA SEMAR Seguro Popular IMSS PROSPERA 10

15. Ocupación habitual

12.1 Trabajador BI No 2 Se ignora 99

13.1 Número de seguridad social o afiliación 99

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [Redacted]

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 4 meses

Uso exclusivo del personal médico

Código CIE [Redacted]

Causas antecedentes

b) Estados morbosos, alérgicos, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

PARTE II

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo El parto El puerperio 3

45 días a 11 meses después del parto o aborto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 Las causas anotadas en 21.1 son complicaciones del embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

21.3 Las causas anotadas en 21.1 complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidental 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1 No 2 Se ignora 9

22.3 ¿Ocurrió en: Vivienda particular 1 Área deportiva 2 Calle o autopista (vía pública) 3 Establecimiento público 4 Área comercial o de servicios 5

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)

Así mismo (labor, negocio, u otra) 1 Obrero 2 Obrero o pariente 3 Otro 4 Se ignora 9

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación o circunstancias inherentes en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL REG. CIVIL

DEL CERTIFICANTE

DEL INF.

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
ROPJ711117HGRSR03



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 08 DE JUNIO DE 2018		
LIBRO 04	ACTA No.	LOCALIDAD	
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA			
NOMBRE: [REDACTED]			
FECHA DE NACIMIENTO: 17 [REDACTED]			
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]			
DOMICILIO HABITUAL: CALLE PIMO 19 FRACC. JARDINES DE SAN ANDRES ESTADO CIVIL: CASADO			
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)			
IGUALA (LOCALIDAD)	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO)	GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA)	MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]			
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]			
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]			
FALLECIMIENTO			
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]			
LUGAR: VIA PUBLICA CERTIFICADO N: [REDACTED]			
DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]			
UBICACION: TERCERA CLAS [REDACTED]			
DONDE FALLECIO: CAR [REDACTED]			
CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]			
TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]			
NOMBRE DEL MEDICO QUE [REDACTED]			
NO. DE CEDULA [REDACTED]			
DOMICILIO: [REDACTED]			
NOMBRE: [REDACTED]			
NACIONALIDAD: [REDACTED]			
DOMICILIO: [REDACTED]			
NOMBRE: [REDACTED]			
NACIONALIDAD: [REDACTED]			
DOMICILIO: [REDACTED]			
NOMBRE: [REDACTED]			
NACIONALIDAD: [REDACTED]			
DOMICILIO: [REDACTED]			
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES			
FISCALIA GENERAL DEL ESTADO, UNIDAD INTEGRAL 3, CARPETA DE INVESTIGACION: 12060380100970070618.			
OFICIO NUM.: 7652, IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 7 DE JUNIO DE 2018			

FIRMAS

TESTIGO

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU PUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. DANIEL AYALA SUAREZ

FIRMA





SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO [REDACTED]

2. FECHA DE NACIMIENTO [REDACTED] **3. SEXO** [REDACTED]

4. ESTADO CIVIL [REDACTED]

5. ESTADO CONYUGAL [REDACTED]

6. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD [REDACTED]

7. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [REDACTED]

8. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN [REDACTED]

9. MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPONTÁNEA [REDACTED]

10. DETALLE DE LA DEFUNCIÓN [REDACTED]

11. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

12. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

13. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

14. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

15. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

16. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

17. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

18. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

19. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

20. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

21. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

22. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

23. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

24. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

25. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

26. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

27. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

28. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

29. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

30. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

31. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

32. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

33. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

34. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

35. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

36. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

37. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

38. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

39. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

40. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

41. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

42. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

43. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

44. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

45. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

46. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

47. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

48. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

49. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]

50. DATOS DEL FALLECIDO [REDACTED]





572

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
UNIDAD INTEGRAL 3.

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : 1 [REDACTED]

OFICIO NÚM.: [REDACTED]

ASUNTO: [REDACTED]

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (7) SIETE DIA(S) DEL ME [REDACTED] DE DEFUNCIÓN [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



[REDACTED]



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
DEDAB10202HGRLLR06



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 06 DE JUNIO DE 2018	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 04	ACTA No. 00620	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		
NOMBRE: [REDACTED]		
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]		
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]		
DOMICILIO HABITUAL: IGUALA (LOCALIDAD)		
NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED]		
NOMBRE DEL PADRE [REDACTED]		
NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED]		
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]		HORA: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED]	CERTIFICADO NO.: [REDACTED]	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]		
UBICACION: DEPARTAMENTO DE ENTERRAMIENTO: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]		
DONDE FALLECIO: [REDACTED]		
CAUSAS DE LA MUERTE [REDACTED]		
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO [REDACTED]		
NO. DE CEDULA [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED]		
NOMBRE: [REDACTED]		
NACIONALIDAD: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED]		
NOMBRE: [REDACTED]		
NACIONALIDAD: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED]		
NOMBRE: [REDACTED]		
NACIONALIDAD: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: EMPLEADO		

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS
[REDACTED]
DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA R...
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU H... NES EN

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. DANIEL AYALA SUAREZ

SELO DE LA OFICINA
M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
MUNICIPIO DE LA INDEPENDENCIA 021
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2016-2018

ANEXO
FOLIO
LIBRO

ANEXO
FOLIO
LIBRO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [REDACTED]

4. ENTIDAD [REDACTED] Se ignora el extranjero

6. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [REDACTED] Para menores de un día: Horas [REDACTED] Para menores de un mes: Días [REDACTED] Para menores de un año: Meses [REDACTED] Para personas de un año o más: Años cumplidos **037** Se ignora

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) 6 Viudo(a) 2 Casado(a) 5
En unión libre Divorciado(a) 6 Soltero(a) 7 Se ignora 9

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el [REDACTED]

11. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5
Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1 Incompleta 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí 1 No 2 Se ignora 3

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8
IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99
13.1 Número de seguridad social o afiliación: [REDACTED]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7
IMSS PROSPERA 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8 Unidad médica privada 9
14.1 Nombre de la unidad médica: [REDACTED]
14.2 Tipo de unidad: Via pública 10 Otro lugar 12 Hogar 1 Se ignora 99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [REDACTED]

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí 1 No 2 Se ignora 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí 1 No 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente
Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica
Dado a (o como consecuencia de) [REDACTED]

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo [REDACTED]

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: **10 días**
2 años
10 días

Código CIE [REDACTED]

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 64 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3
43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 2

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:
22.1 Fue un presunto: Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí 1 No 2 Se ignora 9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0 Área deportiva 3
Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4
Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5
Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro lugar 8 Se ignora 9
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a) [REDACTED]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [REDACTED]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:
22.7.1 Tipo de vialidad [REDACTED] 22.7.2 Nombre de la vialidad [REDACTED]
22.7.3 Núm. Exterior: [REDACTED] 22.7.4 Núm. Interior: [REDACTED] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [REDACTED] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [REDACTED]

DEL REG. CIVIL



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
MAMB360520HGRZNR00



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 05 DE JUNIO DE 2018	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 04	ACTA No. 00611	ENTIDAD FEDERATIVA

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NAC: [REDACTED]

LUGAR DE NAC: [REDACTED]

DOMICILIO HA: [REDACTED]

(L) [REDACTED]

NOMBRE DEL [REDACTED]

NOMBRE DEL [REDACTED]

NOMBRE DE L [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED]

DESTINO DEL CAD: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MU: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

PARENTESCO: [REDACTED]

OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

PARENTESCO: [REDACTED]

OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

PARENTESCO: [REDACTED]

OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO _____ DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO, EL C. OFICIAL Y QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NOTIFICARON A LOS INTERESADOS.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. DANIEL AYALA SUAREZ

FIRMA [REDACTED]





SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		[REDACTED]	
2. FECHA DE NACIMIENTO		[REDACTED]	
3. CUMPLIDA		[REDACTED]	
4. Para menores de 28 días anota:		[REDACTED]	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):
9. ESTADO CONYUGAL		[REDACTED]	
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		[REDACTED]	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:	
12. OCUPACIÓN LABORAL		[REDACTED]	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		[REDACTED]	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica	
15.10 Entidad federativa		15.2 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		Código CIE	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 59 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vitalidad	
22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior	
22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad	

Fracc. V, ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Fracc. I LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2



lote 178
2ª clase

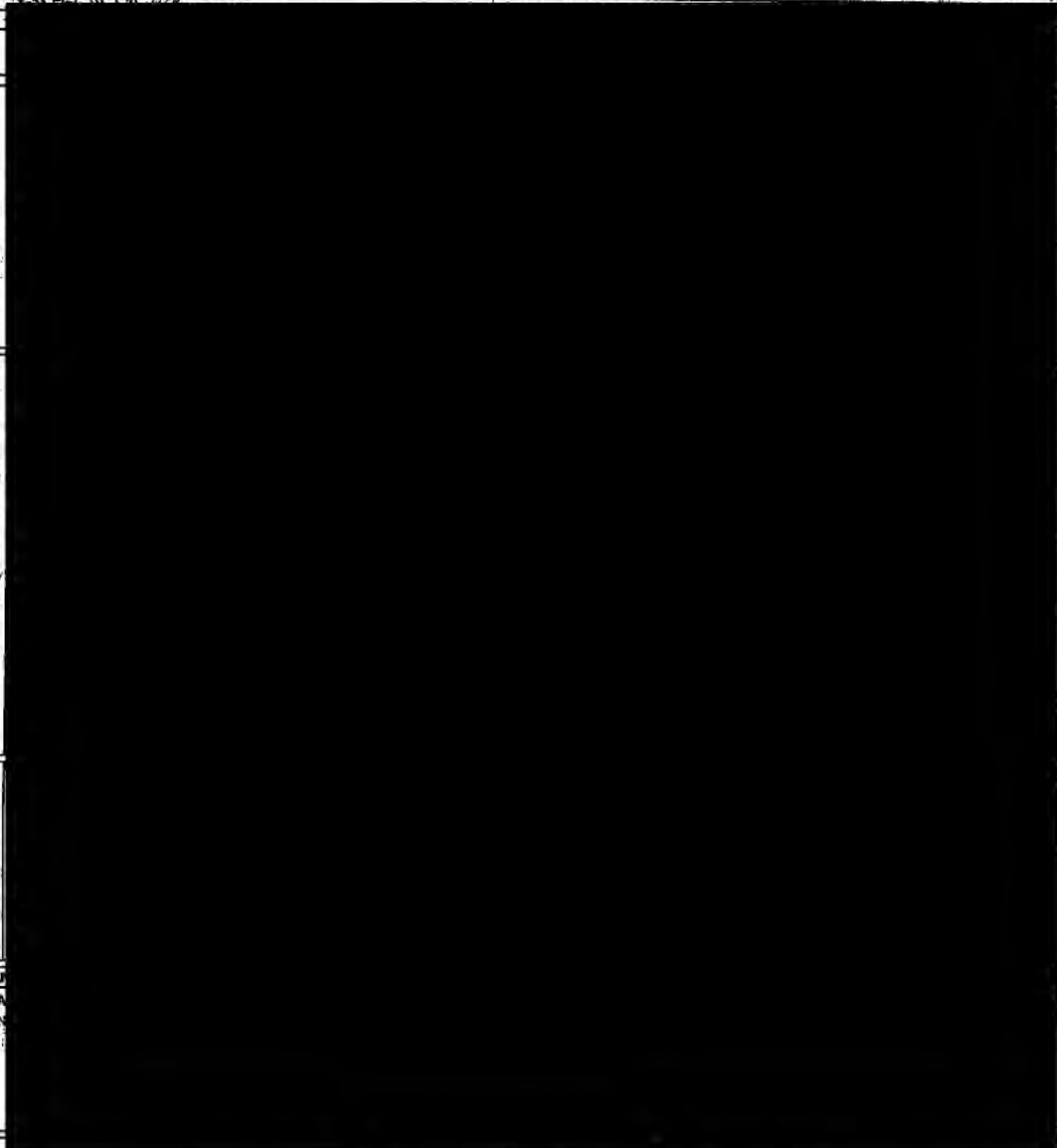
ACTA DE DEFUNCION

FINADO

FALLECIMIENTO

DECLARANTE

MARCA



Se dio por terminado el acto y firma la presente, para constancia, los que en ella intervinieron y saben hacerlo y los que no, imprimen su huella digital. Se cierra el acta que autoriza. Doy fé EL JUEZ 14^o DEL REGISTRO CIVIL

DISTRITO FEDERAL

NOMBRE DEL JUEZ

FIRMA DEL JUEZ

LIC. JUAN SALAZAR ACOSTA

ESTA ACTA SE RELACIONA CON LOS FOLIOS DE ANOTACIONES QUE SE SEÑALAN, SIN LOS CUALES ESTA INCOMPLETA:

No:
No:

Fecha:
Fecha:

Firma:
Firma:

JUZGADO 14^o

PAGO DE DERECHOS \$

COMPROBANTE DE PAGO No.

LGR

Dirección General del Registro Civil

CERTIFICO SOLO PARA TRASLADO QUE ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL QUE OBRA EN EL ARCHIVO DE ESTE JUZGADO EN CUAUHTEMOC, DISTRITO FEDERAL A LOS 04 DIAS DEL MES DE JUNIO DEL AÑO 2018.

EL C. JUEZ DECIMO CUARTO DEL REGISTRO CIVIL.

LIC. JUAN SALAZAR ACOSTA



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[Redacted]

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

CUMPLIDA de una hora de un día de un mes de un año Para menores de 25 días: 0-3 Semanas 3-6 Meses 6-12 Meses Para personas de un año o más: 1-3 años 3-5 años 5-10 años 10 años o más Se ignora

Para menores de 25 días: 0-3 Semanas 3-6 Meses 6-12 Meses

11. ESCOLARIDAD

Ninguna Preescolar Primaria Secundaria 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta

Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra

IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA Se ignora

13.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR 14.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted]

IMSS PROSPERA ISSSTE SEDENA

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

[Redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

16. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (pueda una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfíxia, etc.)

PARTE I

Enfermedad, lesión patológica que produjo muerte directamente

Causas antecedentes morbosas, existiere alguna, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

Intervento aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Código CIE

[Redacted]

PARTE II

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo El parto El puerperio

43 días a 15 meses después del parto o aborto No estuvo embarazada en los últimos 15 meses previos al deceso

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Si No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Si No

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidente Homicidio Suicidio Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Si No Se ignora

22.3 ¿Dónde ocurrió la lesión?

Vivienda particular Área deportiva Calle o carretera Escuela u oficina pública

Industria (minería, textil, etc.) Calle o carretera (via pública) Área comercial o de servicios

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)

1. Industrial (taller, fábrica u obra) 2. Agrícola (rancho o parcela) 3. Familiar 4. Vecino 5. Otro 6. Se ignora

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:

22.7.1 Tipo de vialidad: [Redacted]

22.7.2 Nombre de la vialidad: [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior: [Redacted]

DEL REG. CIVIL

31.1 Acta Núm. [Redacted]

31.2 Municipio o delegación [Redacted]

31.3 Entidad federativa [Redacted]

31.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
XIRH280916HGRCVM01



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 06 DE JUNIO DE 2018
LIBRO 04	ACTA No. 00612

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	LOCALIDAD IGUALA
	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NO [REDACTED]

FEC [REDACTED]

LUG [REDACTED]

DO [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEF [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL [REDACTED] ATORIO: [REDACTED] ANTIGUO MUNICIPAL

UBICACION: LOTE # [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE [REDACTED]

B) [REDACTED]

C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL [REDACTED]

DOMICILIO: AV. [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PAIS: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

TESTIGOS [REDACTED]

NOMBRE: ZUNNY GISEL GARCIA RUEDA

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA FIRMARON EN SU PRESENCIA Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU FIRMA EN

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. DANIEL AYALA SUAREZ





SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	3. SEXO [Redacted]
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) [Redacted]	
5. CURP [Redacted]	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: [Redacted] Minutos [Redacted] Para menores de un día: [Redacted] Horas [Redacted] Para menores de un mes: [Redacted] Días [Redacted] Para menores de un año: [Redacted] Meses [Redacted] Para personas de un año o más: [Redacted] Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL [Redacted]	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted]	
10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]	
11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: [Redacted] Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 11.2 Ocupación habitual [Redacted] Se ignora <input type="radio"/>	
12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted] 13.2 Tipo de vía: Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
DE LA DEFUNCIÓN	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada razón. Evite señalar causas de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] Código CIE [Redacted] b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo [Redacted]	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) [Redacted]	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]	
DEL INF.	
23. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]	
24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) [Redacted]	
DEL CERTIFICANTE	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Médico de familia <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Especifique: [Redacted] Número de la profesión [Redacted]	
27. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]	
28. FIRMA [Redacted]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Tipo de vialidad [Redacted] 29.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
DEL REG. CIVIL	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 31.1 Acta Núm. [Redacted]	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	

Art 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Fracc. V, VII LFTAIP Fracc. I LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
 LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
 MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]
 FINADO: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] AÑOS: [REDACTED] MESES: [REDACTED] DIAS: [REDACTED] HORAS: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]
 (LOCALIDAD) [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTENSION) [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
 NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 FALLECIMIENTO: [REDACTED]
 FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]
 LUGAR: [REDACTED] HDRA: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
 UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]
 TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 DECLARANTE
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 TESTIGOS
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 PRESENTE REQUISITO: [REDACTED]

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. DANIEL AYALA SUAREZ

FIRMA [REDACTED]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
 SECRETARÍA DE SALUD
 H. AYUNTAMIENTO
 CONSTITUCIONAL
 TOLUCA DE LA INDEPENDENCIA, GTO.
 OFICIALIA 01 DEL
 REGISTRO CIVIL
 2015-2018

INTERESADO

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. SITUACIÓN DE LAS ESPALDAS
5. CURP		6. ESTADO CUMPLIDA		7. NACIONALIDAD	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento		8.2 Semanas de gestación		8.3 Peso (gramos)	
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vivienda		10.6 Número del asentamiento humano	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.3 Num. Exterior		15.4 Num. Interior	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		21.1 Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 44 años	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenga el presunto agresor con el(los) fallecido(s)	
23. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		28. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Tipo de vivienda	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33.1 Acta Num.	



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Masculino <input checked="" type="radio"/> Femenino <input checked="" type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL Casado <input type="radio"/> Soltero <input checked="" type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) _____ de _____ de _____ de _____ de _____ de _____ 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/> 12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 14.3 Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de modo: "atropello", "para caídas", "se cayó", etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 19 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____	
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARIENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique _____	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____	
28. FIRMA DEL CERTIFICANTE _____	
29. DOMICILIO y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE Calle _____ No. _____ Municipio o delegación _____ Entidad federativa _____ 29.1 Teléfono _____ 29.2 Núm. Exterior _____ 29.3 Núm. Interior _____ 29.4 Tipo de asentamiento humano _____	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE PBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD
LIBRO	ACTA No.	ENTIDAD FEDERATIVA
MUNICIPIO	FINADO	
NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]		
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	NACIONALIDAD: [REDACTED]
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]		
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]		
ESTADO CIVIL: [REDACTED]		
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]		
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]		
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]		
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]		
LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]		
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]		
UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]		
DONDE FALLECIO: [REDACTED]		
CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]		
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED]		
DECLARANTE		
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]		
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]		
TESTIGOS*		
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]		
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]		
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]		
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]		
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.		

FIRMAS

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. DANIEL AYALA SUAREZ

[Handwritten signature]



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR, LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFO... LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES... DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULAR...

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____			
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____		9. ESTADO CONYUGAL <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Se ignora		10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora	
12. 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		8.2 Semanas de gestación: _____		8.3 Peso (gramos): _____		12.1 Trabajaba <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
10.3 Núm. Exterior: _____		10.4 Núm. Interior: _____		10.5 Tipo de asentamiento humano: _____		10.6 Nombre del asentamiento humano: _____	
10.7 Código Postal: _____		10.8 Localidad: _____		10.9 Municipio o delegación: _____		10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): _____	
11.1 La escolaridad seleccionada es: _____		11.2 Ocupación habitual: _____		11.3 Número de seguridad social o afiliación: _____		11.4 Nombre de la unidad médica: _____	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: _____		14. BITO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica: _____		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES): _____	
15.3 Núm. Exterior: _____		15.4 Núm. Interior: _____		15.5 Tipo de asentamiento humano: _____		15.6 Nombre del asentamiento humano: _____	
15.7 Código Postal: _____		15.8 Localidad: _____		15.9 Municipio o delegación: _____		15.10 Entidad federativa: _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada región. Evite señalar modos de morir - ejemplo: parto difícil, sepsis, etc.)		19.1 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		19.2 Causas antecedentes		19.3 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 44 AÑOS, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE: El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora		21.1 Las causas anotadas en el certificado corresponden a las causas del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora		21.2 Las causas anotadas corresponden a las causas del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE SI FUE UN PRESUNTO ACCIDENTE		22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora		22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Cello o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica, obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): _____		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o hechos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____			
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____		22.7.1 Tipo de vivienda: _____		22.7.2 Nombre de la vivienda: _____		22.7.3 Núm. Exterior: _____	
22.7.4 Núm. Interior: _____		22.7.5 Tipo de asentamiento humano: _____		22.7.6 Nombre del asentamiento humano: _____		22.7.7 Código Postal: _____	
22.7.8 Localidad: _____		22.7.9 Municipio o delegación: _____		22.7.10 Entidad federativa: _____			
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____					
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Especifique: _____		27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
27.1 Tipo de Vialidad: _____		27.2 Nombre de la Vialidad: _____		27.3 Núm. Exterior: _____		27.4 Núm. Interior: _____	
27.5 Tipo de asentamiento humano: _____		27.6 Nombre del asentamiento humano: _____		27.7 Código Postal: _____		27.8 Localidad: _____	
27.9 Municipio o delegación: _____		27.10 Entidad federativa: _____		27.11 Teléfono: _____			
28. FIRMA _____		29.1 Día: _____		29.2 Mes: _____		29.3 Año: _____	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Núm. _____ Libro Núm. _____		31.1 Acta Núm. _____	
31.2 Municipio o delegación: _____		31.3 Entidad federativa: _____		32.1 Municipio o delegación: _____		32.2 Entidad federativa: _____	
32.3 Día: _____		32.4 Mes: _____		32.5 Año: _____			

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
LOCALIDAD	
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA
FINADO	
NOMBRE:	SEXO:
NOMBRE(S)	(PRIMER APELLIDO)
(SEGUNDO APELLIDO)	
FECHA DE NACIMIENTO:	NACIONALIDAD:
EDAD: AÑOS MESES DIAS HORAS	
LUGAR DE NACIMIENTO:	
(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)
(ENTIDAD FEDERATIVA)	(PAIS)
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL:
(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)
(ENTIDAD FEDERATIVA)	(PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE	NACIONALIDAD:
NOMBRE DEL PADRE	NACIONALIDAD:
NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD:
FALLECIMIENTO	
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:
LUGAR:	CERTIFICADO NO.:
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO:	
UBICACION:	ORDEN NO.:
DONDE FALLECIO:	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)	
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:	
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:	
DOMICILIO:	
DECLARANTE	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
TESTIGOS	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD:	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD:	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES-SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

DECLARANTE

TESTIGO

PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
VINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUJELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. ESTHELA CECILIA MARCHAN CASTAÑEDA

FIRMA

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

SESION DE OFICIALIA

H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL

OFICIALIA DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

GUERRERO
NOS REUNIMOS TODOS
GIREMOS
UNION



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO



1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]			
2. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		3. SEXO [Redacted]	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) [Redacted]			
5. CURP [Redacted]		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Se ignora <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especificar: [Redacted]		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL [Redacted]		10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivió el fallecido (a) [Redacted] de Vialidad [Redacted]	
10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]		10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]	
10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted]		10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]	
11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD [Redacted]		13.7 Nombre de seguridad social o afiliación [Redacted]	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) [Redacted]			
14.3 Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.4 Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad [Redacted]			
15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]		15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]	
15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted]		15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente [Redacted]			
Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica [Redacted]			
PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo [Redacted]			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 45 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.5 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]			
22.7 Anotar el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted]		22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]	
22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]		22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]	
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> Especificar: [Redacted]		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional [Redacted]	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		28. FIRMA DEL CERTIFICANTE [Redacted]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE: 29.1 Tipo de vialidad [Redacted] 29.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]		29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		31. ¿LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE JUZGADO CIVIL? Art. 110, Fracc. V del LFAT [Redacted]	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		Art. 113 [Redacted]	

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

Motivación 1

Motivación 2



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

REEMPLAZAR EL ORIGINAL, LA FOTOCOPIA Y LOS DUBLES EN LOS REGISTROS DE LA SECRETARIA DE SALUD

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?		7. NACIONALIDAD		8. ESTADO CONYUGAL	
9. EDAD CUMPLIDA		10. RESIDENCIA HABITUAL		11. ESCOLARIDAD		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	
17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
21. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA		22. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO CIVIL		23. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO CIVIL		24. SI EL CERTIFICADO SE ARCHIVÓ	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICADO SE ARCHIVÓ		27. NOMBRE		28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELEFONO		30. FECHA DE CERTIFICACION		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
33. Año Num.		34. Municipio o delegación		35. Entidad federativa		36. Día Mes Año	

SECRETARIA DE SALUD
COORDINACIÓN
SEMGRO
ESTADO DE GUERRERO



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

559



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]

NOMBRE(S): [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED] MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] PAIS: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

(LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[REDACTED]

FIRMAS

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. DANIEL AYALA SUAREZ

FIRMA [REDACTED]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SELLADO
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
MUNICIPALIDAD DE LA INDEPENDENCIA 690
OFICIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018



510

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.

INTEGRAL 1

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]

OFICIO NÚM.: [REDACTED]

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

[REDACTED]

C. OFICIAL DEL RESGISTRO CIVIL
P R E S E N T E.

Por este conducto notifico a Usted, del fallecimiento de la persona del sexo [REDACTED] que en vida respondió al nombre de [REDACTED] de quien informo lo siguiente:

Nombre: [REDACTED]

Edad: [REDACTED]

Ocupación: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Padres: [REDACTED]

Nacionalidad: MEXICANA.

ESTADO DE LA REPUBLICA DE GUERRERO
AL MINISTERIO PUBLICO DE ATENCION TEMPRANA
EN FAVOR DEL CASO

Estado Civil: [REDACTED]

Originario: [REDACTED]

Instrucción: [REDACTED]

Lugar del deceso: [REDACTED]

Fecha del deceso: [REDACTED]

Causa de Muerte: [REDACTED]

Médico que dictaminó: [REDACTED]

Lugar de inhumación: [REDACTED]

Lo que comunico a Usted, para los efectos legales correspondientes a que haya lugar.



ATENTAMENTE

El Agente del Ministerio Público de Atención Temprana

[REDACTED]



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] NOMBRE(S): [REDACTED] (PRIMER APELLIDO): [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO): [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS: [REDACTED] MESES: [REDACTED] DIAS: [REDACTED] HORAS: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD): [REDACTED] (MUNICIPIO): [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA): [REDACTED] (PAIS): [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD): [REDACTED] (MUNICIPIO): [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA): [REDACTED] (PAIS): [REDACTED]

[REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE EN EXTERIOR E INTERIOR): [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADÁVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE:

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. ESTHELA CECILIA MARCHAN CASTAÑEDA

[Signature] FIRMA



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE LA INDEPENDENCIA
OFICIALIA 01
REGISTRO CIVIL
2015-2018

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Formulario de certificación de defunción con campos para nombre del fallecido, fecha de nacimiento, estado conyugal, causas de defunción, lugar de defunción, y datos del certificante.

ESTE ES EL ORIGINAL. LA COPIA (ANEXO) VA AL REGISTRO CIVIL PARA DEPOSITARLO EN EL LIBRO DE DEFUNCIÓN.

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTE ACCIDENTAL Y VIOLENTA

DEL CERTIFICANTE

Motivación 1

Motivación 2

Art 113



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO



ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA (DOSY) Y LA COPIA (TRES) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federaliva o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____				6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/>		9. ESTADO CONYUGAL Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Soltero <input checked="" type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): 10.1 Tipo de vivienda: _____ 10.2 Nombre de la vivienda: _____ 10.3 Núm. Exterior: _____ 10.4 Núm. Interior: _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 10.7 Código Postal: _____ 10.8 Localidad: _____ 10.9 Municipio o delegación: _____ 10.10 Entidad federaliva o país (si residía en el extranjero): _____		11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 11.2 Ocupación habitual: 12.1 Trabajaba: Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD _____		14. SITIO DONDE SE ENVIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Tipo de vivienda: _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____ 14.3 Tipo de asentamiento humano: _____ 14.4 Nombre del asentamiento humano: _____ 14.5 Código Postal: _____ 14.6 Localidad: _____ 14.7 Municipio o delegación: _____ 14.8 Entidad federaliva: _____		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: _____ 15.2 Nombre de la vivienda: _____ 15.3 Núm. Exterior: _____ 15.4 Núm. Interior: _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 15.7 Código Postal: _____ 15.8 Localidad: _____ 15.9 Municipio o delegación: _____ 15.10 Entidad federaliva: _____		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: _____ b) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica: _____ c) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo: _____		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____ Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 55 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Si la lesión ocurrió en: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): _____	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____		22.7 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda: _____ 22.7.3 Núm. Exterior: _____ 22.7.4 Núm. Interior: _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 22.7.7 Código Postal: _____ 22.7.8 Localidad: _____ 22.7.9 Municipio o delegación: _____ 22.7.10 Entidad federaliva: _____			
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____		25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Especialidad: _____ Número de la cédula profesional: _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. R.F.C. DEL CERTIFICANTE _____		29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE: 29.1 Tipo de vivienda: _____ 29.2 Nombre de la vivienda: _____ 29.3 Núm. Exterior: _____ 29.4 Núm. Interior: _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 29.7 Código Postal: _____ 29.8 Localidad: _____ 29.9 Municipio o delegación: _____ 29.10 Entidad federaliva: _____ 29.11 Teléfono: _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: _____ 32.2 Municipio o delegación: _____ 32.3 Entidad federaliva: _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____					

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ACTA DE DEFUNCION

ENTIDAD	DELEGACION	JUZGADO	ACTA	ANO	CLASE	FECHA DE REGISTRO
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

F I N A D O

Nombre [REDACTED] Edad [REDACTED] Género [REDACTED]
 Lugar de Nacimiento [REDACTED] Ocupación [REDACTED]
 Domicilio [REDACTED]
 Estado Civil [REDACTED] Nacionalidad [REDACTED]
 Nombre del Padre [REDACTED]
 Nombre de la Madre [REDACTED]

F A L L E C I M I E N T O

El Cuerpo Será INHUMADO Orden No. [REDACTED]
 En el [REDACTED]
 Ubicado en [REDACTED]
 Fecha de la Defunción [REDACTED] Hora Defunción [REDACTED]
 Lugar de la Defunción [REDACTED]
 Causa(s) de la Muerte [REDACTED]
 Médico que Certifica [REDACTED] Cédula Profesional [REDACTED]
 Domicilio del Médico [REDACTED]

D E C L A R A N T E

Nombre [REDACTED] Edad [REDACTED]
 Parentesco con el Finado [REDACTED]
 Nacionalidad [REDACTED]
 Domicilio [REDACTED]

ANOTACIONES:

[REDACTED]

[REDACTED]

(FIRMA)

Se dio por terminado el acto y firma la presente, para constancia, los que en ella intervinieron y saben hacerlo y los que ni imprimen su huella digital. Se cierra el acta que autoriza. Doy fé [REDACTED]

NOMBRE DEL JUEZ	FIRMA DEL JUEZ
[REDACTED]	[REDACTED]

ESTA ACTA SE RELACIONA CON LOS FOLIOS DE ANOTACIONES QUE SE SEÑALAN, SIN LOS CUALES ESTA INCOMPLETA:

No: [REDACTED]	Fecha: [REDACTED]	Firma: [REDACTED]
No: [REDACTED]	Fecha: [REDACTED]	Firma: [REDACTED]

MELC
 - Dirección General Del Registro Civil

PAGO DE DERECHOS \$ --- COMPROBANTE DE PAGO No. ---

CERTIFICO SOLO PARA TRASLADO QUE ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL QUE OBRA EN EL ARCHIVO DE ESTE JUZGADO EN [REDACTED]

C. JUEZ DECIMO CUARTO DEL REGISTRO CIVIL

LIC. JUAN SALAZAR ACOSTA [REDACTED]

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 INTERIOR DE LLEVAR EN LAS INSTITUCIONES DE REGISTRO CIVIL

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
		Día Mes Año		Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
		5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
		Se ignora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		Mexicana <input type="radio"/> Otra <input checked="" type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>			
		8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL					
		Para menores de una hora: Minutos		Para menores de un día: Horas		Para menores de un mes: Días		Para menores de un año: Meses	
		Para personas de un año o más: Años cumplidos		Se ignora <input type="radio"/>					
		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):			
		10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vivienda		10.2 Nombre de la vivienda			
		Año de domicilio permanente donde vivía al fallecido (a)							
		10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
		10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
		11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL			
		Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12.1 Trabaja <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación					
		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CIUES)			
		Secretaría de Salud						Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>	
		MSS						Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
		PROSPERA							
		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vivienda		15.2 Nombre de la vivienda			
		15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
		15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa	
		16. FECHA Y HORA DE LA OCURSIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
		Día Mes Año Horas Minutos		Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>			
		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Código CIE			
		a) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							
		b) Causas antecedentes							
		Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica							
		PARTE II							
		Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo							
		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas sugieren complicaciones del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas sugieren complicaciones del embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
		El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Código CIE	
		43 días a 11 meses después del parto o aborto		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte					
		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tiene el presunto agresor con el(a) fallecido(a)			
		22.1 Fue un presunto		Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u otra) <input type="radio"/>					
		Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio					
		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vivienda		22.7.2 Nombre de la vivienda			
		22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
		22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa	
		23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
		25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
		Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/>		Número de la cédula profesional					
		Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		Especifique					
		27. NOMBRE		28. FIRMA					
		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
		29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Tipo de vivienda		29.2 Nombre de la vivienda			
		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano			
		29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
								Día Mes Año	
		29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono			
		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
		Núm. Libro Núm.		32.1 Localidad					
		31.1 Acta Núm.		32.2 Municipio o delegación		32.3 Entidad federativa		32.4 Día Mes Año	

AUTENTICACIÓN: EL PERCUROSA, DEL REGISTRO CIVIL, DEBE FIRMAR EN ESTE ESPACIO



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]
NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] LOCALIDAD (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
[REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: [REDACTED]
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES:
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED] [REDACTED]
DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. ESTHELA CECILIA MARCHAN CASTAÑEDA

[REDACTED]
FIRMA



GUERRERO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <input type="text"/>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/>	
3. SEXO <input type="text"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <input type="text"/>
5. CURP <input type="text"/>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD <input type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. CUMPLIDA <input type="text"/>	
9. ESTADO CONYUGAL <input type="text"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL <input type="text"/>	
11. ESCOLARIDAD <input type="text"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <input type="text"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <input type="text"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <input type="text"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <input type="text"/>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <input type="text"/>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anota una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <input type="text"/> b) <input type="text"/> c) <input type="text"/> d) <input type="text"/>	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo <input type="text"/>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <input type="text"/>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
22.1 Fue un presunto <input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <input type="radio"/> 6 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 7 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 8 Otro Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <input type="text"/>	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <input type="text"/>	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7.1 Tipo de vivienda <input type="text"/> 22.7.2 Nombre de la vivienda <input type="text"/>	
22.7.3 Núm. Exterior <input type="text"/> 22.7.4 Núm. Interior <input type="text"/> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <input type="text"/> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <input type="text"/>	
22.7.7 Código Postal <input type="text"/> 22.7.8 Localidad <input type="text"/> 22.7.9 Municipio o delegación <input type="text"/> 22.7.10 Entidad federativa <input type="text"/>	
DEL INF.	
23. NOMBRE <input type="text"/>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <input type="text"/>	
DEL CERTIFICANTE	
25. CERTIFICADA POR <input type="text"/>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <input type="text"/>	
27. NOMBRE <input type="text"/>	
28. FIRMA <input type="text"/>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <input type="text"/>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <input type="text"/>	
DEL REG. CIVIL	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL <input type="text"/>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <input type="text"/>	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
 LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
 MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]
 FINADO: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)
 DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
 [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)
 NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 FALLECIMIENTO
 FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
 LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]
 UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
 B) [REDACTED]
 C) [REDACTED]
 TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 DECLARANTE
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 TESTIGOS
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
[REDACTED]

FIRMAS
[REDACTED]
DECLARANTE
[REDACTED]

LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
VINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL D. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. ESTHELA CECILIA MARCHAN CASTAÑEDA

[Signature]
FIRMA

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SELO DE LA MUNICIPALIDAD
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
JALA DE LA INDEPENDENCIA, S.R.L.
OFICIALIA-01 DEL
REGISTRO CIVIL
8015-2018

GUERRERO
MEXICO
CPRREGISTRO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO _____	
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		8.2 Semanas de gestación: _____		8.3 Peso (gramos): _____		9. ESTADO CONYUGAL Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: _____ 10.2 Tipo de asentamiento humano: _____ 10.3 Núm. Exterior: _____ 10.4 Núm. Interior: _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 10.6 Entidad federativa: _____ 10.7 Código Postal: _____ 10.8 Localidad: _____ 10.9 Municipio o delegación: _____ 10.10 Entidad federativa: _____ 10.11 Estado federativo o país (si reside en el extranjero): _____							
11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: _____ Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>							
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____							
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES): _____ Vía pública <input checked="" type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>							
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: _____ 15.2 Tipo de asentamiento humano: _____ 15.3 Núm. Exterior: _____ 15.4 Núm. Interior: _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 15.7 Código Postal: _____ 15.8 Localidad: _____ 15.9 Municipio o delegación: _____ 15.10 Entidad federativa: _____							
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>							
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica e) _____ f) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo g) _____ h) _____							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Tipo de vitalidad: _____ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de: _____ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: _____ 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): _____ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____ 22.7.1 Tipo de vitalidad: _____ 22.7.2 Nombre de la vitalidad: _____ 22.7.3 Núm. Exterior: _____ 22.7.4 Núm. Interior: _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 22.7.7 Código Postal: _____ 22.7.8 Localidad: _____ 22.7.9 Municipio o delegación: _____ 22.7.10 Entidad federativa: _____							
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____							
24. PARENTESCO CON EL ALFALLEADO _____							
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input checked="" type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique: _____							
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: _____ 28. FIRMA _____							
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____							
28. DOMICILIO Y TELÉFONO 28.1 Tipo de vivienda: _____ 28.2 Tipo de asentamiento humano: _____ 28.3 Núm. Exterior: _____ 28.4 Núm. Interior: _____ 28.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 28.6 Código Postal: _____ 28.7 Localidad: _____ 28.8 Municipio o delegación: _____ 28.9 Entidad federativa: _____ 28.10 Entidad federativa: _____ 28.11 Teléfono: _____							
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____							
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: _____ 32.2 Municipio o delegación: _____ 32.3 Entidad federativa: _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____							

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA (ROSA) Y COPIA VERDE AL REGISTRO CIVIL PARA DETENER EL ACTA.
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES DE PARTICULARES.



ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

600



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.

CARPETA DE INVESTIGACIÓN

OFICIO NÚMERO:

ASUNTO: El que se indica.

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL.
P R E S E N T E.

Por este conducto notifico a Usted del fallecimiento de la persona del sexo [redacted] que en vida respondió al nombre de [redacted] de quien informo lo siguiente:

Nombre: [redacted]

Edad: [redacted]

Ocupación: [redacted]

Domicilio: [redacted]

Padres: [redacted]

Nacionalidad: [redacted]

Estado Civil: [redacted]

Originario: [redacted]

Instrucción: [redacted]

Lugar del deceso: [redacted]

Fecha del deceso: [redacted]

Causa de Muerte: [redacted]

Médico que dictaminó: [redacted]

Lugar de inhumación: [redacted]

Lo que comunico a Usted, para los efectos legales correspondientes a que haya lugar.



ZONA NORTE
DISTRITO JUD. DE HIDALGO
CIUDAD

ATENCIAMENTE

[Redacted signature area]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 2

INTERESADO



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE RELACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
 LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
 ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]
 NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED] MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] PAIS: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED] MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] PAIS: [REDACTED]
 (NOMBRE DE LA CALLE - EXTENSION - NO. DE CASA) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED] (PAIS)

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] FALLECIMIENTO

LUGAR: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] DONDE FALLECIO: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS SIGUIENTES: [REDACTED]

FIRMAS

[REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO

PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN INTERVENIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL P. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. ESTHELA CECILIA MARCHAN CASTANEDA

[Signature] FIRMA

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
 SELLO DE LA OFICIALIA
 H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
 JALA DE LA INDEPENDENCIA, JALISCO
 OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
 2015-2018

GUERRERO
 REGISTRO CIVIL
 10
 GUERRERO



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA (ROSA) Y LA COPIA AZUL AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] 3. SEXO [Redacted] 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]

5. CURP [Redacted] 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI No Ignora 7. NACIONALIDAD Mexicana Otra Se ignora

8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos [Redacted] Para menores de un día Horas [Redacted] Para menores de un mes Días [Redacted] Para menores de un año Meses [Redacted] Para personas de un año o más Años cumplidos [Redacted] Se ignora

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted] 8.3 Peso (gramos): [Redacted] 9. ESTADO CONYUGAL [Redacted]

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted]

10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]

10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]

11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta 12.1 Trabajaba: SI No Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD [Redacted] 13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA ISSSTE SEDENA Otra unidad pública Unidad médica privada 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted] 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI No Se ignora 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [Redacted]

b) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica [Redacted]

c) [Redacted]

d) [Redacted]

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo [Redacted]



MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio 43 días a 11 meses después del parto o aborto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No 21.3 ¿Las causas anotadas se cumplieron con el embarazo, parto o puerperio? SI No

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto [Redacted] 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? [Redacted] Área Industrial 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión [Redacted] 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7.1 Tipo de viabilidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la viabilidad [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

DEL INF.

23. NOMBRE [Redacted] 24. PARENTESCO CON EL FALLECIDO(A) [Redacted]

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante Médico lealista Otro médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] 27. NOMBRE [Redacted] 28. DOMICILIO Y TELÉFONO [Redacted] 29.1 Nombre de la viabilidad [Redacted] 29.2 Núm. Exterior [Redacted] 29.3 Núm. Interior [Redacted] 29.4 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.5 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.6 Código Postal [Redacted] 29.7 Localidad [Redacted] 29.8 Municipio o delegación [Redacted] 29.9 Entidad federativa [Redacted] 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted]

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 31.1 Año Núm. [Redacted] 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

Art. 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Fracc. V, VII LFTAIIP

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
 LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
 MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]
 FINADO: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] NOMBRE(S): [REDACTED] (PRIMER APELLIDO): [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO): [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)
 DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
 (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)
 NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 FALLECIMIENTO
 FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
 LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]
 UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
 B) [REDACTED]
 C) [REDACTED]
 TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 DECLARANTE
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 TESTIGOS
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 PRESENTO REQUISITOS.
 [REDACTED]
 [REDACTED]
 [REDACTED]
 TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
 ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.
 EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
 LIC. ESTHELA CECILIA MARCHAN CASTANEDA
 FIRMA
 H. AYUNTAMIENTO
 CONSTITUCIONAL
 JALISCO
 JALISCO DE LA INDEPENDENCIA, GRC.
 OFICIA 01 DEL
 REGISTRO CIVIL
 2015-2018

GUERRERO
 H. AYUNTAMIENTO
 CONSTITUCIONAL
 JALISCO



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] 3. SEXO [Redacted] 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]

5. CURP [Redacted] 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No Sí 7. NACIONALIDAD Mexicana Otra

8. EDAD CUMPLIDA [Redacted] 9. ESTADO CONYUGAL [Redacted]

10. RESIDENCIA HABITUAL [Redacted] 10.1 Tipo de vivienda [Redacted] 10.2 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]

11. ESCOLARIDAD [Redacted] 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta 12.1 Trabajaba Sí No Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD [Redacted] 13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted] 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) [Redacted]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted] 15.1 Tipo de vivienda [Redacted] 15.2 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted] 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí No Se ignora 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una o más causas en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. a) [Redacted] b) Causas antecedentes [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted]

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo. [Redacted]

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS [Redacted] 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio No estuvo embarazada en los últimos 11 meses después del parto o aborto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí No 21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí No

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE [Redacted] 22.1 Fue un presunto: Accidente Homicidio Suicidio Se ignora 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí No Se ignora 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública Área industrial (taller, fábrica u obra) Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicios Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted] 22.7.1 Tipo de vivienda [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

DEL INF.

23. NOMBRE [Redacted] 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante Médico legista Otro médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted] 28. FIRMA [Redacted]

27. NOMBRE [Redacted] 29. DOMICILIO Y TELÉFONO [Redacted] 29.1 Tipo de vivienda [Redacted] 29.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted] 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted]

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO [Redacted] 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Redacted] 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 31.1 Acta Núm. [Redacted] 31.2 Libro Núm. [Redacted] 31.3 Día [Redacted] 31.4 Mes [Redacted] 31.5 Año [Redacted]

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCIÓN
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD
LIBRO	ACTA No.	ENTIDAD FEDERATIVA
MUNICIPIO		

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: _____

NOMBRE(S) _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO) _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DÍAS HORAS NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)

ESTADO CIVIL: _____

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCIÓN: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A _____ B _____ C _____

TIPO DE DEFUNCIÓN: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCIÓN: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES:

FIRMAS

TESTIGO _____

DECLARANTE _____

TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL N.º 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. ESTHELA CECILIA MARCHAN CASTAÑEDA

FIRMA

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

M. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRU.

OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

GUERRERO
 10
 GUERRERO
 10



666

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
INTEGRAL 2

CARPETA DE INVESTIGACIÓN :

OFICIO NÚM.:

ASUNTO: INFORME A REGISTRO

[Redacted]

Oficial del Registro Civil
Iguala de la Independencia, Gro.
Presente.

Por este conducto notifico a usted el fallecimiento de la persona del sexo [Redacted] que en vida respondió al nombre de [Redacted] de quien informo lo siguiente:

Nombre:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Ocupación:

Domicilio:

Padres:

Nacionalidad: MEXICANA

Estado Civil:

Originario:

Instrucción:

Lugar del deceso:

Fecha del deceso:

Causa de Muerte:

Médico que dictaminó:

Lugar de Inhumación:

Servicios funerales:

Lo que comunico a Usted, para los efectos legales correspondientes a que haya lugar.

[Redacted Signature and Stamp]

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

667

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]	
2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted]	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]
3. CURP [Redacted]	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	
7. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Extranjera	
8. EDAD CUMPLIDA [Redacted]	
9. ESTADO CONYUGAL <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Divorciado	
10. RESIDENCIA HABITUAL [Redacted]	
11. ESCOLARIDAD [Redacted]	
12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD [Redacted]	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted]	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN [Redacted]	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN [Redacted]	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECÍFICAMENTE [Redacted]	
23. NOMBRE DEL INF. [Redacted]	
25. CERTIFICADA POR [Redacted]	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted]	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted]	
28. FIRMA DEL CERTIFICANTE [Redacted]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO [Redacted]	
30. FECHA DE REGISTRO [Redacted]	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO [Redacted]	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Redacted]	





SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SE EN LA CÁMARA DE REGISTRO CIVIL PARA DETENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Masculino <input checked="" type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federal o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____	
9. ESTADO CONYUGAL Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Soltero <input checked="" type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Dirección: _____ 10.2 Tipo de vivienda: _____ 10.3 Núm. Exterior: _____ 10.4 Núm. Interior: _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 10.7 Código Postal: _____ 10.8 Localidad: _____ 10.9 Municipio o delegación: _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): _____	
11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/> 12.1 Trabajaba: Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.2 Ocupación: _____ 13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 13.2 Tipo de afiliación: _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Dirección: _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____ 14.3 Tipo de establecimiento: _____	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad: _____ 15.2 Nombre de la vialidad: _____ 15.3 Núm. Exterior: _____ 15.4 Núm. Interior: _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 15.7 Código Postal: _____ 15.8 Localidad: _____ 15.9 Municipio o delegación: _____ 15.10 Entidad federativa: _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minutos _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____ Código CIE: _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
21.2. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
21.3. ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a): _____ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____	
22.7.1 Tipo de vialidad: _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad: _____ 22.7.3 Núm. Exterior: _____ 22.7.4 Núm. Interior: _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 22.7.7 Código Postal: _____ 22.7.8 Localidad: _____ 22.7.9 Municipio o delegación: _____ 22.7.10 Entidad federativa: _____	
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique: _____	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: _____	
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. FIRMA _____	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad: _____ 29.2 Nombre de la vialidad: _____ 29.3 Núm. Exterior: _____ 29.4 Núm. Interior: _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 29.7 Código Postal: _____ 29.8 Localidad: _____	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad: _____ 31.2 Fecha: _____	
32. MOTIVACIÓN Motivación 1: _____ Motivación 2: _____	

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

REG. CIVIL



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	3. SEXO Masculino <input type="radio"/> Femenino <input checked="" type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	5. CURP _____		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>6</u> <u>1</u> Se ignora <input type="radio"/>	
	9. ESTADO CONYUGAL Casado <input type="radio"/> Soltero <input checked="" type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda _____ 10.2 Nombre de la vivienda _____ 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero) _____	
	11. ESCOLARIDAD La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD _____		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Nombre de la unidad médica _____ Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda _____ 15.2 Nombre de la vivienda _____ 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE _____	
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input checked="" type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (estilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(s) _____ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la lesión, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____		23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____		
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____		28. FIRMA _____		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. _____ Libro Num. _____ 31.1 Acta Num. _____		30. FECHA DE CERTIFICACION Día _____ Mes _____ Año _____		
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____				

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA [REDACTED] FECHA DE REGISTRO [REDACTED]

LIBRO [REDACTED] ACTA No. [REDACTED] LOCALIDAD [REDACTED]

MUNICIPIO [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]

B) [REDACTED]

C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS.-

[REDACTED]

[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

TESTIGO TESTIGO TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y SONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. ESTHELA CECILIA MARCHAN CASTAÑEDA

[REDACTED] FIRMA

SELO DE OFICIALIA

H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE LA INDEPENDENCIA GRG
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique _____ Se ignora <input type="radio"/> 3			
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> 3		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		8.2 Semanas de gestación: _____		8.3 Peso (gramos): _____	
9. ESTADO CONYUGAL Casado <input type="radio"/> 1 Viudo <input type="radio"/> 2 Soltero <input type="radio"/> 3 Separado <input type="radio"/> 4		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 10.1 Tipo de vivienda _____ 10.2 Tipo de asentamiento humano _____		10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____			
11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____							
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE _____					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9			
22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) _____		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____			
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____ 22.7.1 Tipo de vivienda _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____							
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL (LA) FALLECIDO(A) _____					
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 6 *Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1935479 Número de la cédula profesional _____					
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FIRMA _____					
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Tipo de asentamiento humano _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DEL REG. CIVIL Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____					

Art. 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Art. 113
Fracc. V, VII Fracc. I
LFTAIP LFTAIP
Motivación 1 Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

ESTADO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED] MUNICIPIO: [REDACTED]

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED] LIBRO: [REDACTED] FOLIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] **SEXO:** [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] **EDAD:** [REDACTED] **NACIONALIDAD:** [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] **ESTADO CIVIL:** [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] **ESTADO CIVIL:** [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] **NACIONALIDAD:** [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] **NACIONALIDAD:** [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] **NACIONALIDAD:** [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] **LUGAR:** [REDACTED] **HORA:** [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION **CERTIFICADO NO.:** [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] **ONOME DEL PANTEON O CREMATOARIO:** [REDACTED]

DOMDE FALLECIO: [REDACTED] **ORDEN NO.:** [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEBULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] **EDAD:** [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] **PARENTESCO:** [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] **OCCUPACION:** [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] **EDAD:** [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] **PARENTESCO:** [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] **OCCUPACION:** [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] **EDAD:** [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] **PARENTESCO:** [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] **OCCUPACION:** [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

AL SEÑOR GOBERNADOR
DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
LIC. ESTHELA DEGLIA MARCHAN CASTAÑEDA

TESTIGO [REDACTED] **TESTIGO** [REDACTED] **TESTIGO** [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. ESTHELA DEGLIA MARCHAN CASTAÑEDA

FIRMA

SELLO DE LA OFICINA

INTERESADO

613



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Día Mes Año		Masculino / Femenino		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
		Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique			
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes	
Minutos		Horas		Días		Para menores de un año	
						Meses	
						Para personas de un año o más	
						Años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL		10.1 Folio del Certificado de Nacimiento		10.2 Semanas de gestación		10.3 Peso (gramos)	
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.2 Nombre de la vialidad			
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL			
		Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>		12.1 Trabajaba: Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica			
				14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Núm. Exterior		15.2 Núm. Interior		15.3 Tipo de asentamiento humano	
		15.4 Código Postal		15.5 Localidad		15.6 Municipio o delegación	
						15.7 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Día		16.2 Mes		16.3 Año	
		16.4 Horas		16.5 Minutos		16.6 ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
						Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
						16.7 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
						Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)		19.1 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		19.2 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte			
				Código CIE			
19.3 Causas antecedentes		Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica					
19.4 PARTE II		Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 ¿El embarazo ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
		El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 ¿Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Si la lesión ocurrió en: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
						22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(ia) fallecido(a)	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio					
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad			
		22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano	
		22.7.6 Código Postal		22.7.7 Localidad		22.7.8 Municipio o delegación	
						22.7.9 Entidad federativa	
23. NOMBRE		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A)							
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
				Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
28. FIRMA							
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior	
						29.4 Núm. Interior	
						29.5 Tipo de asentamiento humano	
		29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Localidad		29.8 Municipio o delegación	
						29.9 Entidad federativa	
		29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		31.1 Acta Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			
				32.1 Localidad			
				32.2 Municipio o delegación			
				32.3 Entidad federativa			
				32.4 Día			
				32.5 Mes			
				32.6 Año			

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAI

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD LFTAI



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Fecha 2017, 1
FOLIO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL	
11. ESCOLARIDAD		12. OCUPACIÓN HABITUAL		13. APLICACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	
20. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, DESCRÍBALO		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UN NIÑO DE 0 A 9 AÑOS	
23. NOMBRE DEL INM		24. IDENTIFICADA POR		25. NOMBRE DEL CERTIFICANTE	
26. DOMICILIO y TELÉFONO		27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		28. DOMICILIO y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE	



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____		3. SEXO Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO ____			
	5. CURP ____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____			
	9. ESTADO CONYUGAL Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Soltero <input checked="" type="radio"/> Separado <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): _____ 10.1 Tipo de vivienda: _____ 10.2 Nombre de la vivienda: _____ 10.3 Núm. Exterior: _____ 10.4 Núm. Interior: _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 10.7 Código Postal: _____ 10.8 Localidad: _____ 10.9 Municipio o delegación: _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): _____		11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajo: Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD ____			
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Nombre de la unidad médica: _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: _____ 15.2 Nombre de la vivienda: _____ 15.3 Núm. Exterior: _____ 15.4 Núm. Interior: _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 15.7 Código Postal: _____ 15.8 Localidad: _____ 15.9 Municipio o delegación: _____ 15.10 Entidad federativa: _____		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica c) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo _____ Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____ Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE _____		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área de depósito (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): _____ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____			
	22.7 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda: _____ 22.7.3 Núm. Exterior: _____ 22.7.4 Núm. Interior: _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 22.7.7 Código Postal: _____ 22.7.8 Localidad: _____ 22.7.9 Municipio o delegación: _____ 22.7.10 Entidad federativa: _____		23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) ____					
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: _____		27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____					
	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: _____ 29.2 Nombre de la vivienda: _____ 29.3 Núm. Exterior: _____ 29.4 Núm. Interior: _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 29.7 Código Postal: _____ 29.8 Localidad: _____ 29.9 Municipio o delegación: _____ 29.10 Entidad federativa: _____		28. FIRMA _____ 29.11 Teléfono: _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____					
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ Art. 110		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: _____ 32.2 Municipio o delegación: _____ 32.3 Entidad federativa: _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____ Art. 113							

LFTAIIP ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 1

Motivación 2

616



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE PUBLICACION



ESPECIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
 LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
 MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]
 FINADO: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] (NOMBRE(S)) [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO)
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)
 DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
 IGUALA (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)
 NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 FALLECIMIENTO
 FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
 LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]
 UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: A [REDACTED] B [REDACTED] C [REDACTED]
 TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 DECLARANTE
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 TESTIGOS
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS
 [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
 TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
 LIC. ESTHELA CECILIA MARCHAN CASTAÑEDA

[Handwritten Signature]

SELLO DE LA OFICINA
 H. AYUNTAMIENTO
 CONSTITUCIONAL
 MEXICALTEPEC DE LA MONTAÑA, BGO.
 OFICIALIA 01 DEL
 REGISTRO CIVIL
 2015-2018



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Masculino <input checked="" type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>
5. CURP _____	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____	
9. ESTADO CONYUGAL Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Soltero <input checked="" type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Calle _____ No. _____ Municipio o delegación _____ Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/> 12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. APLICACIÓN A SERVICIOS DE SALUD _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Calle _____ 14.3 Colonia _____ 14.4 Ciudad _____	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Num. Exterior _____ 15.4 Num. Interior _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____	
16. FECHA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de muerte) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) De _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) _____	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: Calle _____ No. _____ Municipio o delegación _____ Entidad federativa _____	
22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____ 22.7.3 Num. Exterior _____ 22.7.4 Num. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____	
DEL INF.	
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) _____	
DEL CERTIFICANTE	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Especifique: _____ Número de la cédula profesional: _____	
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. FIRMA _____	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad _____ 29.2 Nombre de la vialidad _____ 29.3 Num. Exterior _____ 29.4 Num. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Num. Exterior _____ 29.7 Num. Interior _____ 29.8 Tipo de asentamiento humano _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
DEL REG. CIVIL	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAI

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD
Art. 113
Fracc. I
LFTAI

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
ENTIDAD FEDERATIVA	

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]

NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR INTERIOR) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED] FIRMAS [REDACTED]

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. ESTHELA CECILIA MARCHAN CASTAÑEDA

[Signature] FIRMA



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____			
	5. CURP Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____			
	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____		9. ESTADO CONYUGAL Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle _____ No. _____ 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____		11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 11.2 Ocupación habitual _____ Se ignora <input type="radio"/>	
	12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD _____		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) _____ 14.3 Nombre de la localidad _____ 14.4 Tipo de vivienda _____ 14.5 Clave de identificación de la vivienda _____ 14.6 Clave de identificación del establecimiento de salud _____ 14.7 Clave de identificación del municipio o delegación _____ 14.8 Clave de identificación de la entidad federativa _____			
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____				
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica e) _____ f) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo g) _____ h) _____ Intervento aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte i) _____ Código CIE j) _____				
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____				
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>				
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela, oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): _____ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____ 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda _____ 22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____				
23. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____				
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____ Especifique _____				
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>				
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____				
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____				
28. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE Tipo de vivienda _____ 28.1 Núm. Exterior 28.2 Núm. Interior 28.3 Tipo de asentamiento humano _____ 28.4 Nombre del asentamiento humano _____ 28.5 Código Postal _____ 28.6 Localidad _____ 28.7 Municipio o delegación _____ 28.8 Entidad federativa _____				
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____				
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 30.1 Acta Núm. _____				
31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad _____ 31.2 Municipio o delegación _____ 31.3 Entidad federativa _____ 31.4 Día _____ Mes _____ Año _____				

Art. 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD
Fracc. V, VII LFTAIP
Motivación 1

Año 13
Fracc. I LFTAIP
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

636



MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA	
FINADO			
NOMBRE:		SEXO:	
NOMBRE(S)		(PRIMER APELLIDO)	
NOMBRE(S)		(SEGUNDO APELLIDO)	
FECHA DE NACIMIENTO:		EDAD:	
AÑOS		MESES	
DÍAS		HORAS	
NACIONALIDAD:			
LUGAR DE NACIMIENTO:			
(LOCALIDAD)		(MUNICIPIO)	
(ENTIDAD FEDERATIVA)		(PAIS)	
DOMICILIO HABITUAL:		ESTADO CIVIL:	
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)			
(LOCALIDAD)		(MUNICIPIO)	
(ENTIDAD FEDERATIVA)		(PAIS)	
NOMBRE DEL CONYUGE:		NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE:		NACIONALIDAD:	
NOMBRE DE LA MADRE:		NACIONALIDAD:	
FALLECIMIENTO			
FECHA DE DEFUNCION:		HORA:	
LUGAR:		CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO:			
UBICACION:		ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIO:			
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]			
B) [REDACTED]			
C) [REDACTED]			
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL			
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]			
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]			
DOMICILIO: [REDACTED]			
DECLARANTE			
NOMBRE:		EDAD:	
NACIONALIDAD:		PARENTESCO:	
DOMICILIO:		OCUPACION:	
TESTIGOS			
NOMBRE:		EDAD:	
NACIONALIDAD:		PARENTESCO:	
DOMICILIO:		OCUPACION:	
NOMBRE:		EDAD:	
NACIONALIDAD:		PARENTESCO:	
DOMICILIO:		OCUPACION:	
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.			

FIRMAS

DECLARANTE [REDACTED]

TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. ESTHELA CECILIA MARCHAN CASTANEDA

[Signature]
FIRMA

SELO DE LA OFICINA

M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GS
OFICINA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO



LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____		5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____		9. ESTADO CONYUGAL Casado <input type="radio"/> Soltero <input checked="" type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Antes el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 10.1 Nombre de la vialidad _____ 10.2 Nombre de la vialidad _____ 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____		11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Nombre de la vialidad pública _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 14.3 Nombre de la vialidad privada _____ 14.4 Nombre de la vialidad privada _____ 14.5 Nombre de la vialidad privada _____ 14.6 Nombre de la vialidad privada _____ 14.7 Nombre de la vialidad privada _____ 14.8 Nombre de la vialidad privada _____ 14.9 Nombre de la vialidad privada _____ 14.10 Nombre de la vialidad privada _____ 14.11 Nombre de la vialidad privada _____ 14.12 Nombre de la vialidad privada _____ 14.13 Nombre de la vialidad privada _____ 14.14 Nombre de la vialidad privada _____ 14.15 Nombre de la vialidad privada _____ 14.16 Nombre de la vialidad privada _____ 14.17 Nombre de la vialidad privada _____ 14.18 Nombre de la vialidad privada _____ 14.19 Nombre de la vialidad privada _____ 14.20 Nombre de la vialidad privada _____ 14.21 Nombre de la vialidad privada _____ 14.22 Nombre de la vialidad privada _____ 14.23 Nombre de la vialidad privada _____ 14.24 Nombre de la vialidad privada _____ 14.25 Nombre de la vialidad privada _____ 14.26 Nombre de la vialidad privada _____ 14.27 Nombre de la vialidad privada _____ 14.28 Nombre de la vialidad privada _____ 14.29 Nombre de la vialidad privada _____ 14.30 Nombre de la vialidad privada _____ 14.31 Nombre de la vialidad privada _____ 14.32 Nombre de la vialidad privada _____ 14.33 Nombre de la vialidad privada _____ 14.34 Nombre de la vialidad privada _____ 14.35 Nombre de la vialidad privada _____ 14.36 Nombre de la vialidad privada _____ 14.37 Nombre de la vialidad privada _____ 14.38 Nombre de la vialidad privada _____ 14.39 Nombre de la vialidad privada _____ 14.40 Nombre de la vialidad privada _____ 14.41 Nombre de la vialidad privada _____ 14.42 Nombre de la vialidad privada _____ 14.43 Nombre de la vialidad privada _____ 14.44 Nombre de la vialidad privada _____ 14.45 Nombre de la vialidad privada _____ 14.46 Nombre de la vialidad privada _____ 14.47 Nombre de la vialidad privada _____ 14.48 Nombre de la vialidad privada _____ 14.49 Nombre de la vialidad privada _____ 14.50 Nombre de la vialidad privada _____ 14.51 Nombre de la vialidad privada _____ 14.52 Nombre de la vialidad privada _____ 14.53 Nombre de la vialidad privada _____ 14.54 Nombre de la vialidad privada _____ 14.55 Nombre de la vialidad privada _____ 14.56 Nombre de la vialidad privada _____ 14.57 Nombre de la vialidad privada _____ 14.58 Nombre de la vialidad privada _____ 14.59 Nombre de la vialidad privada _____ 14.60 Nombre de la vialidad privada _____ 14.61 Nombre de la vialidad privada _____ 14.62 Nombre de la vialidad privada _____ 14.63 Nombre de la vialidad privada _____ 14.64 Nombre de la vialidad privada _____ 14.65 Nombre de la vialidad privada _____ 14.66 Nombre de la vialidad privada _____ 14.67 Nombre de la vialidad privada _____ 14.68 Nombre de la vialidad privada _____ 14.69 Nombre de la vialidad privada _____ 14.70 Nombre de la vialidad privada _____ 14.71 Nombre de la vialidad privada _____ 14.72 Nombre de la vialidad privada _____ 14.73 Nombre de la vialidad privada _____ 14.74 Nombre de la vialidad privada _____ 14.75 Nombre de la vialidad privada _____ 14.76 Nombre de la vialidad privada _____ 14.77 Nombre de la vialidad privada _____ 14.78 Nombre de la vialidad privada _____ 14.79 Nombre de la vialidad privada _____ 14.80 Nombre de la vialidad privada _____ 14.81 Nombre de la vialidad privada _____ 14.82 Nombre de la vialidad privada _____ 14.83 Nombre de la vialidad privada _____ 14.84 Nombre de la vialidad privada _____ 14.85 Nombre de la vialidad privada _____ 14.86 Nombre de la vialidad privada _____ 14.87 Nombre de la vialidad privada _____ 14.88 Nombre de la vialidad privada _____ 14.89 Nombre de la vialidad privada _____ 14.90 Nombre de la vialidad privada _____ 14.91 Nombre de la vialidad privada _____ 14.92 Nombre de la vialidad privada _____ 14.93 Nombre de la vialidad privada _____ 14.94 Nombre de la vialidad privada _____ 14.95 Nombre de la vialidad privada _____ 14.96 Nombre de la vialidad privada _____ 14.97 Nombre de la vialidad privada _____ 14.98 Nombre de la vialidad privada _____ 14.99 Nombre de la vialidad privada _____ 14.100 Nombre de la vialidad privada _____		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Nombre de la vialidad _____ 15.2 Nombre de la vialidad _____ 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código CIE _____	
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.4 ¿Se practicó el procedimiento de necropsia? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
	22.7 Anotar el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____		23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) _____		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la _____		27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
	28. FIRMA _____		29. DOMICILIO Y TELÉFONO Tipo de vialidad _____ Nombre de la vialidad _____ Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ Tipo de asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____			



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] (NOMBRE(S) [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED])

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

[REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. ESTHELA CECILIA MARCHAN CASTAÑEDA

[Signature] FIRMA



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GR
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL Para menores de 28 días ante: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____ 8.2 Semanas de gestación: _____ 8.3 Peso (gramos): _____	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 10.1 Nombre de la vialidad _____ 10.2 Nombre de la vialidad _____ 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Unidad médica pública <input type="radio"/> Privada <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Nombre de la vialidad _____ 15.2 Nombre de la vialidad _____ 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(s) _____ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____	
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6 Especifique _____	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 10878660 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE _____	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 28.1 Tipo de vialidad _____ 28.2 Nombre de la vialidad _____ 28.3 Núm. Exterior _____ 28.4 Núm. Interior _____ 28.5 Tipo de asentamiento humano _____ 28.6 Nombre del asentamiento humano _____ 28.7 Código Postal _____ 28.8 Localidad _____ 28.9 Municipio o delegación _____ 28.10 Entidad federativa _____	
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

Art. 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD
Fracc. V, VII
LFTAIIP

Art. 143
Fracc. I
LFTAIIP

Motivación 1 Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] MUNICIPIO: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL [REDACTED]
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: JOSE DOMINGUEZ [REDACTED]
NO. DE CEDULA: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

[REDACTED SIGNATURES]
TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EE C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. ESTHELA CECILIA MAGGARI CASTANEDA

[REDACTED SIGNATURE]

SELO DE LA OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
MUNICIPALIDAD DE LA INDEPENDENCIA, GDF
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

CERTIFICADO DE DEFUNCION

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]	
2. [Redacted]	3. SEXO [Redacted]
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) [Redacted]	
5. CURP [Redacted]	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted]	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Vudofa <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda [Redacted] 10.2 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.3 Num. Exterior [Redacted] 10.4 Num. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]	
11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Primaria <input type="radio"/> 1 Secundaria <input type="radio"/> 5 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabaja SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION 15.1 Tipo de vivienda [Redacted] 15.2 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.3 Num. Exterior [Redacted] 15.4 Num. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Causas inmediatas que contribuyeron a la enfermedad o estado moroso que la produjo: [Redacted] PARTE II Otras causas patológicas que contribuyeron a la enfermedad o estado moroso que la produjo: [Redacted]	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCION Código CIE [Redacted]	
21. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 42 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anote la relación que tenía o presuntó tener con el fallecido: [Redacted]	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión de presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 22.7.3 Num. Exterior [Redacted] 22.7.4 Num. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]	
23. NOMBRE DEL INFANTE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]	
24. PARENTESCO CON EL (LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otra <input type="radio"/> 6 Especifique [Redacted]	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: [Redacted]	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]	
28. FIRMA DEL CERTIFICANTE [Redacted]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 29.1 Tipo de vivienda [Redacted] 29.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 29.3 Num. Exterior [Redacted] 29.4 Num. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]	
30. FECHA DE CERTIFICACION Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Art. 140 Fracc. V, VII LFTAIP	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] Art. 113 LFTAIP	

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DE LA DEFUNCION

MUJERES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

Motivación 1

Motivación 2



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [REDACTED]

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Especifique _____	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____		9. ESTADO CONYUGAL _____		10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____		11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2	
10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.7 Código Postal _____		10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		12.1 Trabajaba SI <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD _____		13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____		13.2 Ocupación habitual _____ Se ignora <input type="checkbox"/> 99		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.7 Código Postal _____		15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.8 Localidad _____		15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.9 Municipio o delegación _____		15.10 Entidad federativa _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica c) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 (taller, Área industrial, fábrica u obra) Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4 Granje (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> 7 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____			
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) _____		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil <input type="checkbox"/> 5 Otro <input type="checkbox"/> 6 Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FIRMA _____		29. DOMICILIO y TELÉFONO Tipo de vialidad _____ Nombre de la vialidad _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____			

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. DÍA _____ MES _____ AÑO _____	3. SEXO _____
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO _____ Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP _____	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____	
8.2 Semanas de gestación: _____	
8.3 Peso (gramos): _____	
9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) _____ No de vitalidad _____	
10.1 Núm. Exterior _____ 10.2 Núm. Interior _____ 10.3 Tipo de asentamiento humano _____	
10.4 Código Postal _____ 10.5 Localidad _____ 10.6 Municipio o delegación _____ 10.7 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN 12.1 Trabajaba: SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>	
14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) _____	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Núm. Exterior _____ 15.2 Núm. Interior _____ 15.3 Tipo de asentamiento humano _____ 15.4 Nombre del asentamiento humano _____ 15.5 Código Postal _____ 15.6 Localidad _____ 15.7 Municipio o delegación _____ 15.8 Entidad federativa _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) _____ c) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Granja (rancho o parcelas) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vitalidad _____ 22.7.2 Nombre de la vitalidad _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____	
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO (LA) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE _____	
28. FIRMA _____	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Núm. Exterior _____ 29.2 Núm. Interior _____ 29.3 Tipo de asentamiento humano _____ 29.4 Código Postal _____ 29.5 Localidad _____ 29.6 Municipio o delegación _____ 29.7 Entidad federativa _____ 29.8 Teléfono _____	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP

Motivación 1

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 113 Fracc. I LFTAIP

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UMCA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
 LIBRO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
 MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]
 FINADO: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
 DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
 NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 FALLECIMIENTO
 FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
 LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]
 UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
 B) [REDACTED]
 C) [REDACTED]
 TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 DECLARANTE
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 TESTIGOS
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED] FIRMAS [REDACTED]
 TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. ESTHELA CECILIA MARCHAN CASTANEDA

[Signature] FIRMA

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
 SELLO
 H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
 AYALA DE LA INDEPENDENCIA, QRO.
 OFICINA DEL REGISTRO CIVIL
 2015-2018

Ar. Fr. LETAP

Ar. 413 Fr. 1

**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD FEDERATIVA O PAÍS (EL NACIÓ EN EL EXTRANJERO) _____	
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____		9. ESTADO CONYUGAL Casado <input type="radio"/> 1 Viudo <input type="radio"/> 2 Soltero <input type="radio"/> 3 Separado <input type="radio"/> 4 Divorciado <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____			
11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD _____		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimiento de Salud _____			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de muerte, elementos anatómicos, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código CIE _____		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5			
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) _____		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____			
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____		22.7.1 Tipo de vivienda _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____		24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(A) _____			
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____			
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FIRMA _____		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Código Postal _____ 29.7 Localidad _____ 29.8 Municipio o delegación _____ 29.9 Entidad federativa _____ 29.10 Teléfono _____			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____			

Art. 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD. Fracc. V, VII LFTAI. Art. 113 Fracc. I LFTAI.

Motivación 1



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

650



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]

NOMBRE(S): [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE Y No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

[REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

[REDACTED] FIRMAS [REDACTED]

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. ESTHELA CECILIA MARCHAN CASTANEDA

FIRMA [REDACTED]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
MUNICIPIO DE LA JACALITA
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
CAROLINA MARCHAN A. GAO.
SECRETARIA DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

ENTREGUE EL ORIGINAL LA 1ª COPIA (ROMA) Y LA 2ª COPIA (ATLANTA) A...



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Prterer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>
4. ENTIDAD Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	5. CURP _____
6. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Ove <input type="radio"/> Especifica _____ Se ignora <input type="radio"/>
8. ESTADO CONYUGAL Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	9. RESIDENCIA HABITUAL Año al domicilio permanente donde vivía al fallecido (a) _____ Ciudad _____ Estado _____ de la vidaad _____
10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____	11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: _____ 11.2 ¿Trabajaba? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____	16. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	18. INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL INICIO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE Código CIE _____
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada región. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asenia, etc.) PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiere alguno, que produjeron la causa conllevada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica c) _____ d) _____ PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 34 AÑOS 21.1 Especifica si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	21.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda particular (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____	22.7.1 Tipo de vidaad _____ 22.7.2 Nombre de la vidaad _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____
23. NOMBRE DEL INFANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) _____
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la: Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifica _____	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	28. FIRMA DEL CERTIFICANTE _____
29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 29.1 Tipo de vidaad _____ 29.2 Nombre de la vidaad _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Código Postal _____ 29.7 Localidad _____ 29.8 Municipio o delegación _____ 29.9 Entidad federativa _____ 29.10 Teléfono _____	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

[Handwritten Signature]

SELO DE LA OFICINA
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
GUAYABANA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2018 - 2021

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Masculino <input checked="" type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
	5. CURP _____				6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____				9. ESTADO CONYUGAL Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Soltero <input checked="" type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle _____ No. _____ Código Postal _____ Localidad _____ Municipio o delegación _____ Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____				11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>			
	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____			
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>				15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle _____ No. _____ Código Postal _____ Localidad _____ Municipio o delegación _____ Entidad federativa _____			
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____				17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____		Código CIE _____	
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____				21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>			

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____	
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____				22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____			
	22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____				23. NOMBRE DEL INFANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			

DEL CERTIFICANTE	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Nombre _____ Número de identificación profesional _____	
	27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FIRMA DEL CERTIFICANTE _____	
DEL REG. CIVIL	29. DOMICILIO y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE Calle _____ No. _____ Código Postal _____ Localidad _____ Municipio o delegación _____ Entidad federativa _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA _____ Núm. _____ Libro Núm. _____ Art. 110 _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

LFTAIP ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 1

Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAMENTAL, LA LEY FEDERAL DE LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
 Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

2. FECHA DE NACIMIENTO _____

3. SEXO Masculino Femenino

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO _____

5. CURP _____

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí No Se ignora

7. NACIONALIDAD Mexicana Otra Se ignora

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento _____

8.2 Semanas de vida _____

9. ESTADO CONYUGAL _____

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)

10.1 Tipo de vivienda _____

10.2 Tipo de asentamiento humano _____

10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____

10.5 Tipo de asentamiento humano _____

10.6 Tipo de asentamiento humano _____

10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____

10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____

DE LA DEFUNCIÓN

11. ESCOLARIDAD

11.1 La escolaridad seleccionada es: _____

12. OCUPACIÓN HABITUAL

12.1 Trabajaba _____

13. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

13.1 Tipo de vivienda _____

13.2 Tipo de asentamiento humano _____

13.3 Núm. Exterior _____ 13.4 Núm. Interior _____

13.5 Tipo de asentamiento humano _____

13.6 Tipo de asentamiento humano _____

13.7 Código Postal _____ 13.8 Localidad _____

13.9 Municipio o delegación _____ 13.10 Entidad federativa _____

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

14.1 Tipo de vivienda _____

14.2 Tipo de asentamiento humano _____

14.3 Núm. Exterior _____ 14.4 Núm. Interior _____

14.5 Tipo de asentamiento humano _____

14.6 Tipo de asentamiento humano _____

14.7 Código Postal _____ 14.8 Localidad _____

14.9 Municipio o delegación _____ 14.10 Entidad federativa _____

15. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)

15.1 Tipo de vivienda _____

15.2 Tipo de asentamiento humano _____

15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____

15.5 Tipo de asentamiento humano _____

15.6 Tipo de asentamiento humano _____

15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____

15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____

16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)

16.1 Tipo de vivienda _____

16.2 Tipo de asentamiento humano _____

16.3 Núm. Exterior _____ 16.4 Núm. Interior _____

16.5 Tipo de asentamiento humano _____

16.6 Tipo de asentamiento humano _____

16.7 Código Postal _____ 16.8 Localidad _____

16.9 Municipio o delegación _____ 16.10 Entidad federativa _____

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí No Se ignora

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí No Se ignora

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)

19.1 Tipo de vivienda _____

19.2 Tipo de asentamiento humano _____

19.3 Núm. Exterior _____ 19.4 Núm. Interior _____

19.5 Tipo de asentamiento humano _____

19.6 Tipo de asentamiento humano _____

19.7 Código Postal _____ 19.8 Localidad _____

19.9 Municipio o delegación _____ 19.10 Entidad federativa _____

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1, El parto 2, El puerperio 3, 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí No

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto: Accidente 1, Homicidio 2, Suicidio 3, Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0, Vivienda colectiva (estio, orfanato, etc.) 1, Escuela u oficina pública 2, Área deportiva 3, Calle o carretera (vía pública) 4, Área industrial (taller, fábrica u obra) 6, Granja (rancho o parcela) 7, Área comercial o de servicio 5, Otro 8, Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vivienda _____

22.7.2 Nombre de la vivienda _____

22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____

22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____

22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____

22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____

22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____

DEL INF.

23. NOMBRE DEL INFANTE

Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante 1, Médico legista 2, Persona autorizada por la Secretaría de Salud 3, Autoridad civil 4, Otro 5

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

26.1 Número de la cédula profesional _____

27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE

Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

28. FIRMA _____

29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE

29.1 Tipo de vivienda _____

29.2 Tipo de asentamiento humano _____

29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____

29.5 Tipo de asentamiento humano _____

29.6 Tipo de asentamiento humano _____

29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____

29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____

29.11 Teléfono _____

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN

_____ / ____ / ____

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO

Núm. _____ Libro Núm. _____

31.1 Acta Núm. _____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

32.1 Localidad _____

32.2 Municipio o delegación _____

32.3 Entidad federativa _____

32.4 Día _____ Mes _____ Año _____

Art. 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ACTA DE DEFUNCION

ENTIDAD	DELEGACION	JUZGADO	ACTA	ANO	CLASE	FECHA DE REGISTRO

Nombre [REDACTED] Edad [REDACTED] Género [REDACTED]
 Lugar de Nacimiento [REDACTED]
 Domicilio [REDACTED] Ocupación [REDACTED]
 Estado Civil [REDACTED]
 Nombre del Padre [REDACTED] Nacionalidad MEXICANA
 Nombre de la Madre [REDACTED]

El Cuerpo Será INHUMADO
 En el [REDACTED] Orden No. [REDACTED]
 Ubicado en [REDACTED]
 Fecha de la Defunción [REDACTED]
 Lugar de la Defunción [REDACTED]
 Causa(s) de la Muerte [REDACTED]
 Médico que Certifica [REDACTED]
 Domicilio del Médico [REDACTED]

DECLARANTE
 Nombre [REDACTED] Edad [REDACTED]
 Parentesco con el Finado [REDACTED]
 Nacionalidad MEXICANA
 Domicilio [REDACTED]

ANOTACIONES
 LA DEFUNCION SE ENCUENTRA RELACIONADA CON EL N.º [REDACTED]
 [REDACTED]

Se dio por terminado el acto y firma la presente, para constancia, los que en ella intervinieron y saben hacerlo y los que no, imprimen su huella digital. Se cierra el acta que autoriza. Doy fé. EL JUEZ 14º DEL REGISTRO CIVIL

NOMBRE DEL JUEZ	FIRMA DEL JUEZ
[REDACTED]	[REDACTED]

ESTA ACTA SE RELACIONA CON LOS FOLIOS DE ANOTACIONES QUE SE SEÑALAN, SIN LOS CUALES ESTA INCOMPLETA:
 No: [REDACTED] Fecha: [REDACTED] Firma: [REDACTED]
 No: [REDACTED] Fecha: [REDACTED] Firma: [REDACTED]

CERTIFICO SOLO PARA TRASLADO QUE ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL QUE OBRÓ EN EL ESTE JUZGADO A LOS [REDACTED]

C. JUEZ DECIMO CUARTO DEL REGISTRO CIVIL

LIC. JUAN SALAZAR ACOSTA

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		7. NACIONALIDAD Médica <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____	
3. CURP Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Día _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Año _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento _____ 8.2 Semanas de gestación _____ 8.3 Peso (gramos) _____		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltado(a) <input type="radio"/> Sol viudo(a) <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda _____ 10.2 Nombre de la vivienda _____ 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____			
11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social e afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Núm. Exterior _____ 15.2 Núm. Interior _____ 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Año _____ Mes _____ Día _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Cada enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo e) _____ f) _____		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE MÁS DE 15 AÑOS: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto _____ 22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo _____		23. ¿Dónde ocurrió la lesión? Área industrial <input type="radio"/> _____ 23.1 (Las causas asociadas con las complicaciones del embarazo, parto o puerperio?) Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
24. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____ 24.1 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) _____			
25. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA ANTERIORMENTE EN EL REGISTRO CIVIL, AÑOTE EL NÚMERO DE LA DEFUNCIÓN REGISTRADA ANTERIORMENTE: _____ 25.1 (Las causas asociadas con las complicaciones del embarazo, parto o puerperio?) Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 26.1 Nombre _____ 26.2 Número de identificación profesional _____ 26.3 Institución de origen _____			
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
28. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 28.1 Núm. Exterior _____ 28.2 Núm. Interior _____ 28.3 Tipo de asentamiento humano _____ 28.4 Código Postal _____ 28.5 Localidad _____ 28.6 Municipio o delegación _____			
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____			
30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad _____ 30.2 Municipio o delegación _____		30.3 Entidad federativa _____ 30.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] ANOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (CIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]

[REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FISCALIA GENERAL DEL ESTADO INTEGRAL [REDACTED]

[REDACTED] FIRMAS [REDACTED] [REDACTED]

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA



638

Subjunt

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.

INTEGRAL 2

CARPETA DE INVESTIGACIÓN :

OFICIO NÚM.:

ASUNTO: INFORME A REGISTRO

[REDACTED]

PRESENTE.

QUE EN VIDA RESPONDIÓ AL NOMBRE DE [REDACTED] DE QUIEN INFORMO LO SIGUIENTE:

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

SELECCION LEGAL...

[REDACTED]

[REDACTED]



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[Redacted]

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] 3. SEXO [Redacted] 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted] Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI 1 No 2 Se ignora 3 7. NACIONALIDAD Mexicana 1 Otra 2 → Especifique [Redacted] Se ignora 3

CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos [Redacted] Para menores de un día Horas [Redacted] Para menores de un mes Días [Redacted] Para menores de un año Meses [Redacted] Para personas de un año o más Años cumplidos [Redacted] Se ignora 3

Para menores de 28 días anote:
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted] 8.3 Peso (gramos): [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL [Redacted]

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted] de visidad [Redacted]

10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]

11. ESCOLARIDAD [Redacted]

12. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora 3

12.1 Trabajaba [Redacted]

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD [Redacted] 13.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 Unidad médica privada 9 IMSS PROSPERA 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8

14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud [Redacted]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted] de visidad [Redacted]

15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI 1 No 2 Se ignora 3 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI 1 No 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfíxia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]

b) Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

d) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 El parto 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5 El puerperio 3

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto [Redacted] 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? [Redacted] 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión [Redacted] 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del [Redacted]

22.7.1 Tipo de visidad [Redacted] 22.7.2 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

DEL INF.

23. NOMBRE [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted] 24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) [Redacted]

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante 1 Médico legista 2 Otro médico 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil 5 Otro 6 Especifique [Redacted]

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de [Redacted] 28. FIR [Redacted]

27. NOMBRE [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

29. DOMICILIO y TELÉFONO [Redacted] de visidad [Redacted] 29.2 Nombre de la visidad [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 31.1 Acta Núm. [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

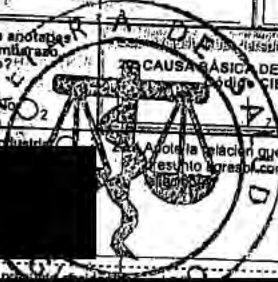
Art. 110 Fracc. V, VII LFTAI

Art. 113 Frac. Año LFTAI

Motivación 1

Motivación 2

ENTREGUE EL ORIGINAL AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN



640

PANT MPAL.

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
LLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA NO.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE NO. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] IGUALA DE LA INDEPENDENCIA [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED] FIRMAS [REDACTED]

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL N.º 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCION

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]
2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted]
3. SEXO [Redacted]
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]
5. CURP [Redacted]
6. ¿HABLADA ALGUNA LENGUA INDIGENA? [Redacted]
7. NACIONALIDAD [Redacted]
8. CUMPLIDA [Redacted]
9. ESTADO CONYUGAL [Redacted]
10. RESIDENCIA HABITUAL [Redacted]
11. ESCOLARIDAD [Redacted]
12. OCUPACION [Redacted]
13. SITIO DONDE SUCEDE LA DEFUNCION [Redacted]
14. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? [Redacted]
15. ¿SE PRACTICO NECROPSIA? [Redacted]
16. CAUSAS DE LA DEFUNCION [Redacted]
17. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 54 AÑOS [Redacted]
18. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE [Redacted]
19. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted]
20. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]
21. FECHA DE CERTIFICACION [Redacted]
22. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Redacted]

LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCION

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

Art 110 Fracc. V. VII LFTAI

Art 113 Fracc. II LFTAI

Motivación 1

Motivación 2

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARIA DE SALUD

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

REGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] 3. SEXO [Redacted] 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]

5. CURP [Redacted] 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI No Se ignora 7. NACIONALIDAD Mexicana Otra Se ignora

CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted] 8.3 Peso (gramos): [Redacted] 9. ESTADO CONYUGAL [Redacted]

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted] de vialidad [Redacted]

10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Municipio o delegación [Redacted] 10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]

11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta 12.1 Trabajaba SI No Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD [Redacted] 13.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 13.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUESS) [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUESS) [Redacted]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Municipio o delegación [Redacted] 15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted] 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI No Se ignora 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [Redacted]

b) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica

c) [Redacted]

d) [Redacted]

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente Homicidio Suicidio Se ignora 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública Área industrial (taller, fábrica u obra) Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicio Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted] 22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

23. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted] 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

25. CERTIFICADA POR Médico tratante Médico legista Otro médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] 27. NOMBRE [Redacted] 28. FIRMA [Redacted]

29. DOMICILIO y TELÉFONO [Redacted] 29.1 Municipio o delegación [Redacted] 29.2 Localidad [Redacted] 29.3 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.4 Núm. Exterior [Redacted] 29.5 Núm. Interior [Redacted] 29.6 Localidad [Redacted] 29.7 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.8 Municipio o delegación [Redacted] 29.9 Entidad federativa [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]

30. FECHA DE EMITIRACIÓN [Redacted] 31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Redacted] 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Redacted]

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA





ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
 MUNICIPIO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
 ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] FINADG: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]
 NOMBRE(S): [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]
 DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]
 ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO
 FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
 LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]
 UBICACION: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
 B) [REDACTED]
 C) [REDACTED]
 TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS
 TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
 ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
 LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted]

3. SEXO [Redacted]

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]

5. (HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI No Se ignora)

6. NACIONALIDAD Mexicana Se ignora

7. ESTADO CONYUGAL [Redacted]

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]

8.2 Semanas de gestación: [Redacted]

8.3 Peso (gramos): [Redacted]

10. RESIDENCIA HABITUAL [Redacted]

10.1 Código Postal [Redacted]

10.2 Tipo de vivienda [Redacted]

10.3 Número Interior [Redacted]

10.4 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

10.5 Municipio o delegación [Redacted]

10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

10.7 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]

11. ESCOLARIDAD [Redacted]

11.1 La escolaridad seleccionada es: [Redacted]

12. OCUPACIÓN [Redacted]

12.1 Trabajaba SI No Se ignora

13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]

14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]

15.1 Código Postal [Redacted]

15.2 Tipo de vivienda [Redacted]

15.3 Número Interior [Redacted]

15.4 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

15.5 Municipio o delegación [Redacted]

15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

15.7 Entidad federativa [Redacted]

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI No Se ignora

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI No

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modalidades)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE AL EMBARAZO O PUERPERIO

21.1 Especifique si la muerte ocurrió: El embarazo El parto El puerperio No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto: Accidente Homicidio Suicidio Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Escuela u oficina pública Área comercial o de servicio Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:

22.7.1 Tipo de vivienda [Redacted]

22.7.2 Nombre de la vivienda [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior [Redacted]

22.7.4 Núm. Interior [Redacted]

22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

22.7.7 Código Postal [Redacted]

22.7.8 Localidad [Redacted]

22.7.9 Municipio o delegación [Redacted]

22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

23. NOMBRE [Redacted]

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante Médico legista Otra médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil

26. SI EL CERTIFICANTE ES EL FALLECIDO(A) [Redacted]

27. NOMBRE [Redacted]

28. FIRMA [Redacted]

29. DOMICILIO y TELÉFONO [Redacted]

29.1 Tipo de vivienda [Redacted]

29.2 Número Interior [Redacted]

29.3 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

29.4 Núm. Interior [Redacted]

29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

29.6 Municipio o delegación [Redacted]

29.7 Entidad federativa [Redacted]

29.8 Teléfono [Redacted]

30. FECHA DE REGISTRO [Redacted]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

4107 MPAC
E416



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE DEFUNCION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
 LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
 MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] FINADO: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] ANOS MESES DIAS HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) MUNICIPIO (ENTIDAD FEDERATIVA) PAIS [REDACTED]
 DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) MUNICIPIO (ENTIDAD FEDERATIVA) PAIS [REDACTED]
 (NOMBRE DE LA CALLE, CARRERA, AVENIDA, AV. NO. [REDACTED]) ESTADO CIVIL: [REDACTED]
 NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 FALLECIMIENTO
 FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
 LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]
 UBICACION: [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
 B) [REDACTED]
 C) [REDACTED]
 TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED] TESTIGO
 [REDACTED] DECLARANTE
 [REDACTED] TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU MUELLA DIGITAL.

S. C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA



INTERESADO



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCION

FOLIO

[Redacted]

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO: [Redacted] 3. SEXO: [Redacted] 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: [Redacted]

5. CURP: [Redacted] 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI No Se ignora 7. NACIONALIDAD: Mexicana Española Si ignora

8. ESTADO CIVIL: [Redacted] 9. ESTADO CONYUGAL: [Redacted]

10. RESIDENCIA EN EL MOMENTO DE LA DEFUNCION: [Redacted]

11. ESCOLARIDAD: [Redacted] 12. OCUPACION LABORAL: [Redacted]

13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD: [Redacted] 13.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCION: [Redacted] 14.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [Redacted]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCION: [Redacted] 15.3 Num. Exterior: [Redacted] 15.4 Num. Interior: [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted] 15.7 Código Postal: [Redacted] 15.8 Localidad: [Redacted] 15.9 Municipio o delegación: [Redacted] 15.10 Entidad federativa: [Redacted]

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION: [Redacted] 17. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? SI No Se ignora 18. ¿SE PRACTICO NECROPSIA? SI No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo, paro cardíaco, asfixia, etc.)

<p>PARTE I</p> <p>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica</p> <p>PARTE II</p> <p>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo</p>	<p>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte</p> <p>Código CIE</p>
[Redacted]	[Redacted]

21. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 21.1 Especifica si la muerte ocurrió durante: SI embarazo El parto El puerperio 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No 21.4 ¿Se practicó cesárea? SI No 21.5 ¿Fue a término? SI No 21.6 ¿Fue prematuro? SI No 21.7 ¿Fue a término? SI No

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente Homicidio Suicidio Se ignora 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública Área deprivada Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicio Área Industrial (taller, fábrica u obra) Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): [Redacted]

22.5 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el caso número: [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vivienda: [Redacted] 22.7.3 Num. Exterior: [Redacted] 22.7.4 Num. Interior: [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted] 22.7.7 Código Postal: [Redacted] 22.7.8 Localidad: [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación: [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa: [Redacted]

23. NOMBRE DEL INFANTE: [Redacted] 24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(A): [Redacted]

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante Médico legista Médico Perito autorizado por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro 26. SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO: [Redacted] Número de la cédula profesional: [Redacted]

27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE: [Redacted] 28. DOMICILIO Y TELEFONO DEL CERTIFICANTE: [Redacted] 29.1 Tipo de vivienda: [Redacted] 29.2 Nombre de la vivienda: [Redacted] 29.3 Num. Exterior: [Redacted] 29.4 Num. Interior: [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted] 29.7 Código Postal: [Redacted] 29.8 Localidad: [Redacted] 29.9 Municipio o delegación: [Redacted] 29.10 Entidad federativa: [Redacted] 29.11 Teléfono: [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACION: [Redacted]

31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO: [Redacted] 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: [Redacted] 32.2 Municipio o delegación: [Redacted] 32.3 Entidad federativa: [Redacted]

LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE SUJETOS DELIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCION

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INFANTE

DEL CERTIFICANTE

DEL REGISTRO CIVIL

Art. 10 Fracc. V LFTAI

Art. 113 Fracc. I LFTAI

Motivación 1

Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO



1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	4. ENTIDAD _____	
5. CURP _____			
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> 9			
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 6 Separado(a) <input type="radio"/> 7 Vuelto(a) <input type="radio"/> 8 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a). 10.1 Tipo de vivienda: _____ 10.2 Tipo de vivienda: _____ 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____			
11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica pública <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Identificación (CLUES) _____			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: _____ 15.2 Tipo de vivienda: _____ 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____			
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica. PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo. Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____ Código CIE _____			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a): Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____ 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda: _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____			
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL/LA FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud: Autoridad civil <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 5 26. SI EL/LLA FUE _____ Especifique: _____ Número de la _____			
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FIRMA _____	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 29.1 Tipo de vivienda: _____ 29.2 Nombre de la vivienda: _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
LOCALIDAD	
ENTIDAD FEDERATIVA	
MUNICIPIO	
FINADO	
NOMBRE:	SEXO:
NOMBRE(S)	(PRIMER APELLIDO)
(SEGUNDO APELLIDO)	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:
AÑOS MESES DIAS HORAS	NACIONALIDAD:
LUGAR DE NACIMIENTO:	
(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)
(ENTIDAD FEDERATIVA)	(PAIS)
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL:
(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)
(ENTIDAD FEDERATIVA)	(PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE	NACIONALIDAD:
NOMBRE DEL PADRE	NACIONALIDAD:
NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD:
FALLECIMIENTO	
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:
LUGAR:	CERTIFICADO NO.:
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO:	
UBICACION:	ORDEN NO.:
DONDE FALLECIO:	
CAUSAS DE LA MUERTE: A)	
B)	
C)	
TIPO DE DEFUNCION:	NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:	
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:	
DOMICILIO:	
DECLARANTE	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
TESTIGOS	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES	

TESTIGO
DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
PROFRA. GEORGINA FIGUEROA GAYTAN

FIRMA

AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL
SELO DE LA OFICIALIA
FIGUEROA, GRO
OFICIALIA 01
DEL REGISTRO CIVIL



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL		
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.7 Código Postal		10.8 Municipio o delegación
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.7 Código Postal
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.8 Localidad
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR		
27. NOMBRE		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		26. FIRMA		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL		32. LUGAR Y FECHA DE DEFUNCIÓN		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



Official form containing fields for: OFICIALIA, FECHA DE REGISTRO, LIBRO, ACTA No., LOCALIDAD, MUNICIPIO, ENTIDAD FEDERATIVA, FINADO, SEXO, NOMBRE, NOMBRE(S), (PRIMER APELLIDO), (SEGUNDO APELLIDO), EDAD, NACIONALIDAD, LUGAR DE NACIMIENTO, DOMICILIO HABITUAL, ESTADO CIVIL, NOMBRE DEL CONYUGE, NOMBRE DEL PADRE, NOMBRE DE LA MADRE, FALLECIMIENTO, TIPO DE DEFUNCION, NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION, NO. DE CEDULA PROFESIONAL, DOMICILIO, DECLARANTE, TESTIGOS, and a section for ANOTACIONES SIGUIENTES.

TESTIGO, DECLARANTE, TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA



H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
MUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo FO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	
4. ENTIDAD DE ORIGEN		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	
8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL	
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	
10.5 Localidad		10.6 Nombre del asentamiento humano	
10.7 Código Postal		10.8 Municipio o delegación	
10.9 Estado federativo o país (si residió en el extranjero)		10.10 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:	
12. OCUPACIÓN HABITUAL		12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)		14.3 Tipo de vialidad	
14.4 Localidad		14.5 Municipio o delegación	
14.6 Estado federativo o país		14.7 Entidad federativa o país	
15. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Exista)		16. ¿SE PRACTICÓ AUTOPSIA? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) b) c) d)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo		20. CAUSA BÁSICA D	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
22.1 Fue un presunto:		22.4 Añote la relación que el presunto agresor o fallecido(a)	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad	
22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior	
22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad	
22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa	
25. CERTIFICADA POR:		26. SI EL CERTIFICANTE ES:	
27. NOMBRE		28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad	
29.2 Localidad		29.3 Municipio o delegación	
29.4 Estado federativo o país		29.5 Entidad federativa o país	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
31.1 Acta Núm.		32.1 Localidad	
31.2 Libro Núm.		32.2 Municipio o delegación	
31.3 Estado federativo o país		32.3 Entidad federativa	

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAI

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD
 Art. 113
Fracc. I
LFTAI Día Mes

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] LUGAR: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED] DONDE FALLECIO: [REDACTED] NO.: [REDACTED]
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]
TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: COMERCIANTE
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
FISCALIA GENERAL DEL ESTADO: [REDACTED] PERMISO DE INVESTIGACION: [REDACTED]
[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
TESTIGO [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO ASISTIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO INTERVINIERON

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

SELO OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
MUNICIPALIDAD DE LA INDEPENDENCIA, G.R.C.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2018 - 2021



6-24

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
UNIDAD DE ATENCIÓN TEMPRANA 3.

CARPETA DE INVESTIGACIÓN
OFICIO NÚMERO:

[REDACTED]

[REDACTED]

ASUNTO: SE COMUNICA

[REDACTED]

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
DIRECCIÓN DEL REGISTRO CIVIL DEL MUNICIPIO
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.
P R E S E N T E.

POR ESTE CONDUCTO NOTIFICO A USTED DEL FALLECIMIENTO DE LA PERSONA DEL SEXO
[REDACTED] QUE EN VIDA RESPONDIÓ AL NOMBRE DE [REDACTED] DE QUIEN
INFORMO LO SIGUIENTE:

NOMBRE: [REDACTED]
EDAD: [REDACTED]
OCUPACIÓN: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]
PADRES: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANO
ESTADO CIVIL: [REDACTED]
ORIGINARIO: [REDACTED]
INSTRUCCIÓN: [REDACTED]
LUGAR DEL DECESO: [REDACTED]
FECHA DEL DECESO: [REDACTED]
HORA DE FALLECIMIENTO: [REDACTED]
CAUSA DE MUERTE: [REDACTED]
MEDICO QUE DICTAMINO: [REDACTED]
NUM. DE DICTAMEN DE NECROPSIA: [REDACTED]
LUGAR DE INHUMACIÓN: [REDACTED]
SERVICIOS FUNERALES: [REDACTED]

LO QUE COMUNICO A USTED PARA [REDACTED] CORRESPONDIENTE A QUE HAYA LUGAR.

EL AGENTE DEL [REDACTED] FUERO COMÚN
DEL DIS [REDACTED] ES.



Secretaría Genl. de Justicia
del Estado
Unidad de Atención al Titular
del F.C. Segundo Turno

CERTIFICADO DE DEFUNCION

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____ 8.2 Semanas de gestación: _____ 8.3 Peso (gramos): _____	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda _____ 10.2 Nombre de la vivienda _____ 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>	
14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) Debido a (o como consecuencia de) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto _____ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Área Industrial <input type="radio"/>	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) _____	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio CARPETA DE INVESTIGACIÓN: _____ SE IGNORA.	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____	
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input checked="" type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique _____	
26. SI EL CERTIFICANTE ES _____ Número de la _____	
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. FIRMA _____	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA DE JUZGADO 31.1 Acta Núm. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE FORMULARIO A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAI

Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAI

Motivación 2



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ 2. _____ 3. SEXO _____ 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO _____ 5. CURP _____ 6. CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9. ESTADO CONYUGAL _____ 10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivió el fallecido (a) _____ 10.1 Tipo de vivienda _____ 10.2 Núm. Exterior _____ 10.3 Núm. Interior _____ 10.4 Tipo de asentamiento humano _____ 10.5 Nombre del asentamiento humano _____ 10.6 Código Postal _____ 10.7 Localidad _____ 10.8 Municipio o delegación _____ 10.9 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____ 11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> incompleta <input type="radio"/> 12. OCUPACIÓN LABORAL 12.1 Trabajaba SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD _____ 14. SITIO DONDE SUFRIÓ LA DEFUNCIÓN _____ 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN _____ 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN _____ 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ Causas antecedentes b) _____ Estados morbosos, al existir alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica c) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos, significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo _____ 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____ 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 21.2 (Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?) SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 21.3 (Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?) SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anote la relación que tiene el presunto agresor con el(los) fallecido(s) _____ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____ 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____ 22.7.1 Tipo de vivienda _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____
DEL REG. CIVIL 31.1 Acta Núm. _____ 31.2 LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____		

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2011, 1

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted]

3. SEXO [Redacted]

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]

5. CATEGORÍA DE NACIMIENTO [Redacted]

6. ¿HABLARA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI NO Se ignora

7. NACIONALIDAD Mexicana Otra Se ignora

8. ESTADO CONYUGAL [Redacted]

9. RESIDENCIA HABITUAL [Redacted]

10. ESCOLARIDAD [Redacted]

11. SERVICIOS DE SALUD [Redacted]

12. SITIO DONDE SE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]

13. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted]

14. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN [Redacted]

15. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI NO Se ignora

16. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI NO Se ignora

17. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 64 AÑOS [Redacted]

18. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE [Redacted]

19. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE [Redacted]

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO [Redacted]

22. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO [Redacted]

23. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

24. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted]

25. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted]

26. DOMICILIO Y TELÉFONO [Redacted]

27. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO [Redacted]

28. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Redacted]

29. AÑO DE REGISTRO [Redacted]

ATENCIÓN! EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTA 1ª COPIA AL INEGI



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____
LIBRO: _____ ACTA No.: _____ LOCALIDAD: _____
MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: _____
NOMBRE(S): _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO) _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS _____ NACIONALIDAD: _____
LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS) _____
DOMICILIO HABITUAL: _____ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR O INTERIOR) _____ ESTADO CIVIL: _____

(LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS) _____
NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: _____
NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: _____
NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____
LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: _____
UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____
DONDE FALLECIO: _____
CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
B) _____
C) _____
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____
DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: _____ MEXICANA _____ PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: _____ MEXICANA _____ PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

TESTIGO: _____ FIRMAS: _____ TESTIGO: _____
DECLARANTE: _____

SE DIÓ LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN EL NOMBRE EN EL ESPACIO DE ASESORES

EL OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

SELLO DE LA OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
MUNICIPALIDAD DE LA INDEPENDENCIA, ORG.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
13018-20217

CERTIFICADO DE DEFUNCION

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION.

LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)				2. FECHA DE NACIMIENTO				3. SEXO				4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
	5. CURP				6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?				7. NACIONALIDAD				8. EDAD CUMPLIDA			
	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				8.2 Semanas de gestación:				8.3 Peso (gramos):				9. ESTADO CONYUGAL			
	10. RESIDENCIA HABITUAL				11. ESCOLARIDAD				12. OCUPACION HABITUAL				13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD			
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION				15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION				16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION				17. ¿FUO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE?			
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anote una sola causa en cada renglon. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, asfania, etc.)				20. CAUSA BASICA DE DEFUNCION				21. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS				22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			
	22.1 FUE UN PRESUNTO				22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?				22.3 Sitio donde ocurrió la lesión				22.4 Anote la relación que tenia el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:				22.6 Describe brevemente la situación, circunstancia o hechos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio				22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio				22.8 Descripción de la vivienda			
	23. NOMBRE				24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				25. CERTIFICADA POR				26. SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO			
	27. NOMBRE				28. FIRMA				29. DOMICILIO Y TELÉFONO				30. FECHA DE CERTIFICACION			
DEL REG CIVIL	31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO				32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				33. NÚM. EXTERIOR				34. NÚM. INTERIOR			
	31.1 Acta Núm.				32.1 Localidad				33.1 Núm. Exterior				34.1 Núm. Interior			
	31.2 Libro Núm.				32.2 Municipio o delegación				33.2 Municipio o delegación				34.2 Municipio o delegación			

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]
2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] 3. SEXO [Redacted] 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]
5. CURP [Redacted] 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI 1 No 2 Se ignora 3 7. NACIONALIDAD Mexicana 1 Otra 2 Se ignora 3
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos Se ignora 9
9. ESTADO CONYUGAL [Redacted]
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted]
10.1 Tipo de vivienda [Redacted] 10.2 Nombre de la vivienda [Redacted]
10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Nombre del asentamiento humano [Redacted]
10.6 Nombre del [Redacted]
10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]
11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: [Redacted] Se ignora 99
Completa 1 Incompleta 2 11.2 Trabaja SI 1 No 2 Se ignora 3
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD [Redacted] 13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 IMSS PROSPERA 2 ISSSTE 4 SEDENA 8 Otra unidad pública 9 Unidad médica privada 6
14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]
15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Nombre del asentamiento humano [Redacted]
15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]
15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI 1 No 2 Se ignora 3
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI 1 No 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: por caídas, asfixia, etc.)
PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. a) [Redacted] b) [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted]
Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica.
PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo.
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: [Redacted] Código CIE [Redacted]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS. 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1 No 2 Se ignora 9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0 Área deportiva 3 (taller, Área industrial fábrica u obra) Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4 Granja (rancho o parcela) 7 Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5 Otro 8 Se ignora 9
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Redacted]
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vivienda [Redacted]
22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]
22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.9 Entidad federativa [Redacted]

DEL INF.

23. NOMBRE [Redacted] 24. NOMBRE DE LA FALLECIDA(A) [Redacted]

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante 1 Médico legal 2 Otro médico 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil 5 Otro 6
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted] Número de la cédula [Redacted]
27. NOMBRE [Redacted] 28. FIRMA [Redacted]
29. DOMICILIO Y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vivienda [Redacted] 29.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]
29.6 Localidad [Redacted] 29.7 Municipio o delegación [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Entidad federativa [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 31.1 Acta Núm. [Redacted]
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

Municipio 1341



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
LIBRO: [REDACTED] ACTA No. [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]
FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: [REDACTED]
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

FIRMAS
TESTIGO: [REDACTED] DECLARANTE: [REDACTED] TESTIGO: [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES EN

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GI
OFICIALIA: 01 DE

Ar
Fracc
LFTAI



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



ESTADO: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
LIBRO: [REDACTED] ACTA No. [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO
NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED] MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] PAIS: [REDACTED]
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)
ESTADO CIVIL: [REDACTED]
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: [REDACTED]
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
TESTIGOS
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] MAS [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

NOTIFICACION
AL CASO

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

[Signature]
FIRMA

SELLO DE LA OFICINA
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2018-2021



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE DECLARADA POR UN MÉDICO, LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____			
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____		Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____		Se ignora <input type="radio"/>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		8.2 Semanas de gestación: _____	
8.3 Peso (gramos): _____		9. ESTADO CONYUGAL Casado <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle _____ No. _____ Código Postal _____ Localidad _____ Municipio o delegación _____ Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____			
10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____		10.5 Tipo de asentamiento humano _____	
10.6 Nombre del asentamiento humano _____		10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____	
10.9 Municipio o delegación _____		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/> 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD _____		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) _____			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle _____ No. _____ Código Postal _____ Localidad _____ Municipio o delegación _____ Entidad federativa _____			
15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____		15.5 Tipo de asentamiento humano _____	
15.6 Nombre del asentamiento humano _____		15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____	
15.9 Municipio o delegación _____		15.10 Entidad federativa _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código CIE _____	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo _____ 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 94 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		21.4 ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) _____ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____ 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____			
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique _____ 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____		27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. FIRMA DEL CERTIFICANTE _____		29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE Calle _____ No. _____ Código Postal _____ Localidad _____ Municipio o delegación _____ Entidad federativa _____	
29.1 Teléfono _____		29.2 Nombre de la vivienda _____	
29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____		29.5 Tipo de asentamiento humano _____	
29.6 Nombre del asentamiento humano _____		29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____	
29.9 Municipio o delegación _____		29.10 Entidad federativa _____	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Municipio o delegación _____ Entidad federativa _____ Día _____ Mes _____ Año _____	

FACCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA RACC. I LFTAIP INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO			
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO
5. CURP			
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
Se ignora <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Sí		Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL	
Para menores de una hora: Minutos		Para menores de un día: Horas	
Para menores de un mes: Días		Para menores de un año: Meses	
Para personas de un año o más: Años cumplidos		Se ignora <input type="radio"/>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):
10. RESIDENCIA HABITUAL			
10.1 Lugar permanente donde vivía el fallecido (a)			
10.2 Tipo de vivienda	10.3 Tipo de asentamiento humano	10.4 Nombre	10.5 Entidad federativa
10.6 Código Postal	10.7 Localidad	10.8 Municipio o delegación	10.9 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)
11. ESCOLARIDAD			
11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN	
Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			
Secretaría de Salud <input type="radio"/>	IMSS <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/>
IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Otra unidad pública <input type="radio"/>
Unidad médica privada <input type="radio"/>	14.1 Nombre de la unidad médica		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación	15.10 Entidad federativa
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
Día Mes Año Horas Minutos		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)			
PARTE I		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Código CIE	
Causas antecedentes			
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica			
PARTE II			
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas son complicaciones del embarazo, parto o puerperio?
El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
		Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			
22.1 Fue un presunto	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)
Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio			
22.7.1 Tipo de vivienda		22.7.2 Nombre de la vivienda	
22.7.3 Núm. Exterior	22.7.4 Núm. Interior	22.7.5 Tipo de asentamiento humano	22.7.6 Nombre del asentamiento humano
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o delegación	22.7.10 Entidad federativa
23. NOMBRE			
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	24. PA. FALLECIDO(A)
25. CERTIFICADA POR			
Médico tratante <input checked="" type="radio"/>	Médico legista <input type="radio"/>	Otro médico* <input type="radio"/>	26. SI EL CE
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Autoridad civil* <input type="radio"/>	Otro* <input type="radio"/>	Número de la
27. NOMBRE			
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	28. FIRMA
29. DOMICILIO Y TELÉFONO			
Tipo de vivienda	Nombre del asentamiento humano	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior
29.5 Tipo de asentamiento humano	29.6 Código Postal	29.7 Localidad	29.8 Municipio o delegación
29.9 Municipio o delegación	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO			
Núm.	Libro Núm.	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	31.1 Acta Núm.
32.1 Localidad	32.2 Municipio o delegación	32.3 Entidad federativa	32.4 Día Mes Año

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP

Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP

Motivación 2

Municipal

050

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CIVIL

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] (NOMBRES) [REDACTED] (PRIMERO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED] (TERCERO)
SEXO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ESTADO FEDERATIVO) [REDACTED] (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ESTADO FEDERATIVO) [REDACTED] (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ESTADO FEDERATIVO) [REDACTED] (PAIS)
NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ESTADO FEDERATIVO) [REDACTED] (PAIS)
NACIONALIDAD: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] FALLECIMIENTO
LUGAR: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

DESTINO DEL CARAVEN: INCINERACION CREMACION OMBRE DEL PANTEON O CREMATOIO: [REDACTED]
CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
D) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS: [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA: [REDACTED]

SELLO DE LA OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
MUNICIPAL DE LA INDEPENDENCIA GTO.
OFICIALIA No. 01

Et-6

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE DEL MUNICIPIO: [REDACTED]

FAMILIA: [REDACTED] ACTA No. [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] PAIS: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

(LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] DISTRITO: [REDACTED] MUN. No. [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

TESTIGO [REDACTED] FIRMAS [REDACTED] TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA [REDACTED]

H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
SIGLA DE LA INDEPENDENCIA, BRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2010-2021



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

(6-7)

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO													
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]													
2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted]													
3. SEXO [Redacted]	4. ENTIDAD FEDERATIVA O PAIS (SI NACIÓ EN EL EXTRANJERO) [Redacted]												
5. CURP [Redacted]	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>												
7. NACIONALIDAD Médica <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>													
CUMPLIDA Para menores de una hora: Horas Minutos Para menores de un día: Horas Minutos Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos													
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted] 8.3 Peso (gramos): [Redacted]													
9. ESTADO CONYUGAL [Redacted]													
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivió el fallecido(a) [Redacted]													
10.3 Núm. Exterior: 10.4 Núm. Interior: [Redacted]													
10.7 Código Postal: [Redacted] 10.8 Localidad: [Redacted]													
10.9 Municipio o delegación: [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): [Redacted]													
11. ESCOLARIDAD [Redacted]													
11.1 La escolaridad adscrita es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>													
12. OCUPACIÓN [Redacted]													
12.1 Trabaja SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>													
13. FUNDACIÓN A SERVICIOS DE SALUD [Redacted]													
14. SITIO DONDE SE ATENDIÓ [Redacted]													
14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]													
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]													
15.1 Núm. Exterior: 15.4 Núm. Interior: [Redacted]													
15.7 Código Postal: [Redacted] 15.8 Localidad: [Redacted]													
15.9 Municipio o delegación: [Redacted] 15.10 Entidad federativa: [Redacted]													
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted]													
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>													
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>													
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, síntomas, lesiones, etc.)													
<table border="1"> <tr> <td> PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente e) [Redacted] </td> <td> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] </td> <td> Código CIE [Redacted] </td> </tr> <tr> <td> PARTE II Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) [Redacted] </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> PARTE III Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo c) [Redacted] </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> d) [Redacted] </td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente e) [Redacted]	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted]	Código CIE [Redacted]	PARTE II Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) [Redacted]			PARTE III Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo c) [Redacted]			d) [Redacted]		
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente e) [Redacted]	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted]	Código CIE [Redacted]											
PARTE II Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) [Redacted]													
PARTE III Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo c) [Redacted]													
d) [Redacted]													
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS													
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/>													
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>													
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>													
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]													
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE													
22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>													
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>													
22.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Casa o carpeta (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>													
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcelo) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>													
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]													
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]													
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio													
22.7.1 Tipo de vivienda: [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vivienda: [Redacted]													
22.7.3 Núm. Exterior: 22.7.4 Núm. Interior: [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted]													
22.7.7 Código Postal: [Redacted] 22.7.8 Localidad: [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación: [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa: [Redacted]													
DEL INF.													
23. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]													
24. SI EL CERTIFICADO SE EMITE POR: Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>													
25. CERTIFICADA POR [Redacted]													
26. SI EL CERTIFICADO SE EMITE POR: [Redacted]													
27. NOMBRE [Redacted]													
28. SI EL CERTIFICADO SE EMITE POR: [Redacted]													
29. DOMICILIO Y TELÉFONO [Redacted]													
29.1 Tipo de vivienda: [Redacted] 29.2 Nombre de la vivienda: [Redacted]													
29.3 Nombre del asentamiento humano: [Redacted] 29.4 Núm. Exterior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted]													
29.6 Municipio o delegación: [Redacted] 29.7 Localidad: [Redacted] 29.8 Entidad federativa: [Redacted]													
30. FECHA DE REGISTRO [Redacted]													
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO [Redacted]													
31.1 Acta Núm. [Redacted]													
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Redacted]													
32.1 Localidad: [Redacted] 32.2 Municipio o delegación: [Redacted] 32.3 Entidad federativa: [Redacted] 32.4 Día: [Redacted] 32.5 Mes: [Redacted] 32.6 Año: [Redacted]													

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE FOLIACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] FOLIO: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADC: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED] FIRMAS [REDACTED] [REDACTED]

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LAS PARTES 11 A 15 EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____		4. ENTIDAD _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
3. CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____		8. ESTADO CONYUGAL Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a): 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Nombre del asentamiento humano _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		9. OCUPACIÓN HABITUAL 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Identificación (CLUES) _____		13. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____ Código CIE _____	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____		23. SILO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Primer parentesco _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la licencia profesional _____	
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____		28. FIRMA _____	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad _____ 29.2 Nombre de la vialidad _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110

Fracc. V, VII
LFTAIIP

Motivación 1

Art. 113

Fracc. I
LETAIP

Motivación 2



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Módulo 2017.1
FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE DATOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE DATOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Masculino <input checked="" type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>
4. ENTIDAD Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: _____ Minutos Para menores de un día: _____ Horas Para menores de un mes: _____ Días Para menores de un año: _____ Meses Para personas de un año o más: _____ Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____	
8.2 Semanas de gestación: _____	
8.3 Peso (gramos): _____	
9. ESTADO CONYUGAL Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Soltero <input checked="" type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Calle _____ No. _____ Vialidad _____	
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior
10.5 Tipo de asentamiento humano _____	
10.6 Nombre del asentamiento humano _____	
10.7 Código Postal	10.8 Localidad
10.9 Municipio o delegación _____	
10.10 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Complata <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>	
14.1 Nombre de la unidad médica _____	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle _____ No. _____ Vialidad _____	
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior
15.5 Tipo de asentamiento humano _____	
15.6 Nombre del asentamiento humano _____	
15.7 Código Postal	15.8 Localidad
15.9 Municipio o delegación _____	
15.10 Entidad federativa _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____	
Código CIE _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (estilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio u suicidio _____	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____	
22.7.1 Tipo de vialidad _____	
22.7.2 Nombre de la vialidad _____	
22.7.3 Núm. Exterior	
22.7.4 Núm. Interior	
22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____	
22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____	
22.7.7 Código Postal _____	
22.7.8 Localidad _____	
22.7.9 Municipio o delegación _____	
22.7.10 Entidad federativa _____	
DEL INF.	
23. NOMBRE Nombre(a) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
DEL CERTIFICANTE	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la _____	
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. FIRMA _____	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad _____	
29.2 Nombre de la vialidad _____	
29.3 Núm. Exterior	
29.4 Núm. Interior	
29.5 Tipo de asentamiento humano _____	
29.6 Nombre del asentamiento humano _____	
29.7 Código Postal _____	
29.8 Localidad _____	
29.9 Municipio o delegación _____	
29.10 Entidad federativa _____	
29.11 Teléfono _____	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
DEL REG. CIVIL	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGAADO Núm. _____, Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____	

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAI

Motivación 1

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE ENTREGAR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 113
Fracc. I
LFTAI

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



ACTA No. [REDACTED]
LIBRO [REDACTED]
MUNICIPIO [REDACTED] LOCALIDAD [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA [REDACTED]

FINADO [REDACTED] SEXO [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DÍAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] LOCALIDAD [REDACTED] MUNICIPIO [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] LOCALIDAD [REDACTED] MUNICIPIO [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]
ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
DONDE FALLECIÓ: [REDACTED]
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
FIRMAS
[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
Testigo Declarante Testigo

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA [Signature]



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
SALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL
 (LLENÉSE INDEPENDIEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)

7080 [Redacted]

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. SEXO		2. EDAD (SEMANAS DE GESTACIÓN)		3. PESO		4. DE UN EMBARAZO		5. ATENCIÓN PRENATAL		5.2 Total de consultas recibidas	
6. ESTE EMBARAZO FUE		7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ		7.1 Estado de la piel del producto		7.2 ¿Se practicó necropsia?		8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN			
9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN		9.1 Tipo de vivienda		9.2 Nombre de la vivienda		9.3 Núm. Exterior		9.4 Núm. Interior			
9.5 Tipo de asentamiento humano		9.6 Nombre del asentamiento humano		9.7 Código Postal		9.8 Localidad		9.9 Municipio o delegación		9.10 Entidad federativa	
10. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN										10.1 Tipo de lugar	
10.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)										10.3 Tipo de lugar	
11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN?						12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ÉSTE FUE					
Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> 1						Espontáneo <input type="radio"/> 1					
Otro médico <input checked="" type="radio"/> 5						Provocado <input type="radio"/> 2					
Enfermera <input type="radio"/> 2						Terapéutico <input type="radio"/> 3					
Partera <input type="radio"/> 3						Se ignora <input type="radio"/> 9					
Otro <input type="radio"/> 4						Se ignora <input type="radio"/> 9					
Se ignora <input type="radio"/> 9						Se ignora <input type="radio"/> 9					
13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN						14. VIOLENCIA			14.2 ¿Anote la relación que tiene el presunto agresor con la madre?		
14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre?						SI <input type="radio"/> 1			No <input checked="" type="radio"/> 2		
15. ANOMALIAS, MALFORMACIONES O DEFECTOS CONGÉNITOS DEL PRODUCTO						15.1 Código CIE			15.2 Código CIE		
a) [Redacted]						16. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, interrupción de la comunicación materno-fetal, etc.)			Especifique si la causa fue:		
b) [Redacted]						PARTE I			MATERNA FETAL		
Condición fetal o materna que causó directamente la muerte						a) [Redacted]			Código CIE		
Condiciones fetales o maternas que originaron la causa directa a) mencionándose en último lugar la causa básica						b) [Redacted]			[Redacted]		
c) [Redacted]						PARTE II			[Redacted]		
d) [Redacted]						Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que lo produjo			[Redacted]		
17. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN						Código CIE			[Redacted]		
18. NOMBRE						19. CURP			20. NACIONALIDAD		
Nombre(s) [Redacted]						Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1			Se ignora <input type="radio"/> 9		
Primer Apellido [Redacted]						Otra <input type="radio"/> 2			Especifique [Redacted]		
Segundo Apellido [Redacted]						21. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			22. EDAD (Años)		
SI <input type="radio"/> 1						No <input checked="" type="radio"/> 2			Se ignora <input type="radio"/> 9		
Se ignora <input type="radio"/> 9						23. ESTADO CONYUGAL			24. RESIDENCIA		
[Redacted]						24.1 Tipo de vivienda			24.2 Tipo de asentamiento humano		
[Redacted]						24.3 Núm. Exterior			24.4 Núm. Interior		
[Redacted]						24.5 Tipo de vivienda			24.6 Nombre del asentamiento humano		
[Redacted]						24.7 Código Postal			24.8 Localidad		
[Redacted]						24.9 Municipio o delegación			24.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)		
[Redacted]						24.11 Teléfono			25. ESCOLARIDAD		
[Redacted]						25.1 La escolaridad seleccionada es:			25.2 OCUPACIÓN LABORAL		
[Redacted]						Completa <input checked="" type="radio"/> 1			Se ignora <input type="radio"/> 99		
[Redacted]						Incompleta <input type="radio"/> 2			25.1 Trabaja actualmente		
[Redacted]						SI <input checked="" type="radio"/> 1			No <input type="radio"/> 2		
[Redacted]						Se ignora <input type="radio"/> 9			27. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		
[Redacted]						27.1 Número de seguridad social o afiliación			28. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual)		
[Redacted]						[Redacted]			Se ignora <input type="radio"/> 99		
29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS (AS)						30. ¿VIVE LA MADRE?			30.1 En caso negativo, escriba el número de Certificado de Defunción:		
29.1 Nacidos Muertos (es)						SI <input checked="" type="radio"/> 1			No <input type="radio"/> 2		
Se ignora <input type="radio"/> 99						29.2 Nacidos-Vivos (es)			[Redacted]		
Se ignora <input type="radio"/> 99						29.3 Sobrevivientes			[Redacted]		
Se ignora <input type="radio"/> 99						31. NOMBRE			32. PARENTESCO CON EL PRODUCTO		
Nombre(s) [Redacted]						Primer Apellido [Redacted]			[Redacted]		
Segundo Apellido [Redacted]						33. CERTIFICADA POR			34. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
Médico tratante <input type="radio"/> 1						Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3			Número de la cédula profesional		
Médico legislista <input type="radio"/> 2						Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4			[Redacted]		
Ayudante civil <input type="radio"/> 5						Otro* <input type="radio"/> 8			[Redacted]		
*Especifique [Redacted]						35. NOMBRE			36. DOMICILIO		
Nombre(s) [Redacted]						Primer Apellido [Redacted]			36.2 Nombre de la vivienda		
Segundo Apellido [Redacted]						36.3 Núm. Exterior			36.4 Núm. Interior		
36.5 Tipo de vivienda						36.6 Nombre del asentamiento humano			36.7 Código Postal		
36.8 Localidad						36.9 Municipio o delegación			36.10 Entidad federativa		
37. TELÉFONO						38. F			39. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
[Redacted]						[Redacted]			Día Mes Año		

AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE LA INDEPENDENCIA, GRO. OFICINA DEL REGISTRO CIVIL #18-202*

CERTIFICATION OF VITAL RECORD

ORIGINAL STATE COPY

STATE OF ARIZONA DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES BUREAU OF VITAL RECORDS CERTIFICATE OF DEATH

State File Number

1. DECEDENT'S LEGAL NAME (FIRST, MIDDLE, LAST, SUFFIX) 2. AKA'S (IF ANY) 3. DATE OF DEATH 4. SEX 5. SOCIAL SECURITY NUMBER 6. DATE OF BIRTH 7. AGE 8. CITY/TOWN, COUNTY AND ZIP OR LOCATION OF DEATH 9. PLACE OF DEATH (TYPE OF PLACE OF DEATH AND FACILITY NAME/ADDRESS) 10. BIRTHPLACE (CITY AND STATE OR FOREIGN COUNTRY) 11. MARITAL STATUS 12. NAME OF SURVIVING SPOUSE PRIOR TO FIRST MARRIAGE (FIRST, MIDDLE, LAST, SUFFIX) 13. DECEDENT'S USUAL RESIDENCE ADDRESS (STREET, CITY, COUNTY, STATE, ZIP) 14. DECEDENT'S HISPANIC ORIGIN(S) 15. DECEDENT'S RACE(S) 16. EVER IN ARMED FORCES 17. OCCUPATION 18. FATHER'S NAME (FIRST, MIDDLE, LAST, SUFFIX) 19. MOTHER'S NAME PRIOR TO FIRST MARRIAGE (FIRST, MIDDLE, LAST, SUFFIX) 20. INFORMANT'S NAME (FIRST, MIDDLE, LAST, SUFFIX) 21. RELATIONSHIP 22. INFORMANT'S MAILING ADDRESS 23. NAME AND ADDRESS OF FUNERAL HOME OR PERSONAL SERVICE 24. FUNERAL DIRECTOR'S NAME OR RESPONSIBLE PERSON 25. LICENSE NUMBER 26. METHOD(S) OF DISPOSITION 27. NAME AND LOCATION OF 1ST DISPOSITION FACILITY 28. NAME AND LOCATION OF 2ND DISPOSITION FACILITY

MEDICAL CERTIFICATION SECTION CAUSE OF DEATH PART I

29. A. IMMEDIATE CAUSE OF DEATH 30. APPROXIMATE INTERVAL 31. B. DUE TO OR AS A CONSEQUENCE OF 32. APPROXIMATE INTERVAL 33. C. DUE TO OR AS A CONSEQUENCE OF 34. APPROXIMATE INTERVAL 35. D. DUE TO OR AS A CONSEQUENCE OF 36. APPROXIMATE INTERVAL

CAUSE OF DEATH PART II

37. OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS CONTRIBUTING TO THE DEATH BUT NOT RESULTING IN THE UNDERLYING CAUSE GIVEN IN PART I 38. INJURY? NO 39. INJURY AT WORK? 40. MANNER OF DEATH NATURAL DEATH 41. TIME OF DEATH 42. WAS AN AUTOPSY PERFORMED? NO 43. WERE AUTOPSY FINDINGS AVAILABLE TO COMPLETE THE CAUSE OF DEATH?

CAUSE AND MANNER CERTIFICATION

44. NAME OF PERSON COMPLETING CAUSE OF DEATH 45. DATE CERTIFIED TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE, THE INFORMATION ABOVE IS CORRECT AND THE DEATH OCCURRED DUE TO THE CAUSE(S) AND MANNER STATED. 46. CERTIFIER'S ADDRESS

Date Registered: Date Issued: VS-49 Rev.

This is a true certification of the facts on file with the Arizona Department of Health Services, Bureau of Vital Records, PHOENIX, ARIZONA. Revised 07/2016

ASSISTANT STATE REGISTRAR

This copy not valid unless prepared on a form displaying the State Seal and impressed with the raised seal of the issuing agency.

ARIZONA DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES



State of Arizona

Department of State



6-14

UNITED STATES OF AMERICA
STATE OF ARIZONA

APOSTILLE

(Convention de La Haye du 5 octobre 1961)

1. Country:
Pays / Pais:



This Public Document
Le présent acte public / El presente documento público

2. has been signed by:
à été signé par
ha sido firmado por



3. acting in the capacity of
agissant en qualité de
quien actúa en calidad de



4. bears the seal / stamp of
est revêtu du sceau / timbre de
y está revestido del sello / timbre de



Certified
Attesté / Certificado

5. at
à / en



6. on
le / el día



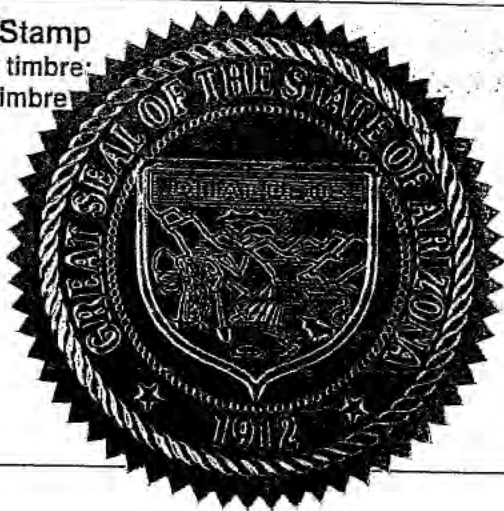
7. by
par / por

the Secretary of State, State of Arizona

8. No.
sous n° / bajo el número



9. Seal / Stamp
Sceau / timbre:
Sello / timbre:



10. Signature
Signature:
Firma:



Secretary of State



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Masculino <input checked="" type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especificar _____ Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____ 8.2 Semanas de gestación: _____ 8.3 Peso (gramos): _____	
9. ESTADO CONYUGAL Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Soltero <input checked="" type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Domicilio permanente donde vive _____ Tipo de vivienda _____ 10.1 Núm. Exterior _____ 10.2 Núm. Interior _____ 10.3 Núm. de asentamiento humano _____ 10.4 Nombre _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: _____ Completada <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 11.2 Ocupación (profesión) _____ Se ignora <input type="radio"/>	
12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad _____ Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimiento _____	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 39 _____ 15.1 Tipo de vivienda _____ 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
DE LA DEFUNCIÓN	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de muerte - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____ Código CIE _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____	
DEL INF.	
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
DEL CERTIFICANTE	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____ 26.1 FIRMA _____	
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO 28.1 Tipo de vivienda _____ 28.2 Nombre de la vivienda _____ 28.3 Núm. Exterior _____ 28.4 Núm. Interior _____ 28.5 Tipo de asentamiento humano _____ 28.6 Nombre del asentamiento humano _____ 28.7 Código Postal _____ 28.8 Localidad _____ 28.9 Municipio o delegación _____ 28.10 Entidad federativa _____	
29.1 Teléfono _____ 29.2 Fecha de certificación: Día _____ Mes _____ Año _____	
DEL REG. CIVIL	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

Art. 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Fracc. I LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2



REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

OFICIALIA [REDACTED] FECHA DE REGISTRO [REDACTED]

[REDACTED] ACTA No. [REDACTED] LOCALIDAD [REDACTED]

MUNICIPIO [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA [REDACTED]

FINADO [REDACTED] SEXO [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO
ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMIERON
QUIENES EN

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA





SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FORMIO 2017.1



LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] Día Mes Año

3. SEXO [Redacted]

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted] Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si No Se ignora

7. NACIONALIDAD Mexicanas Otra Se ignora Especifique [Redacted]

8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos [Redacted] Para menores de un día Horas [Redacted] Para menores de un mes Días [Redacted] Para menores de un año Meses [Redacted] Para personas de un año o más Años cumplidos [Redacted] Se ignora

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]

8.2 Semanas de gestación: [Redacted]

8.3 Peso (gramos): [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL [Redacted]

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted]

10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre [Redacted]

10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]

11. ESCOLARIDAD [Redacted]

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta

12. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora

12.1 Trabajaba Si No Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD [Redacted] 13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA ISSSTE SEDENA Otra unidad pública Unidad médica privada

14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) [Redacted]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]

15.1 Núm. Exterior [Redacted] 15.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

15.3 Núm. Interior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted] Día Mes Año Horas Minutos

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si No Se ignora

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

19.1 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente [Redacted]

19.2 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica [Redacted]

19.3 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo [Redacted]

19.4 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio 43 días a 11 meses después del parto o aborto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si No

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto Accidente Homicidio Suicidio Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicio Área industrial (taller, fábrica u obra) Granja o parcela (rancho o parcela) Otro Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

DEL INF.

23. NOMBRE [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante Médico legista Otro médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro Especifique [Redacted]

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted]

27. NOMBRE [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

28. FIRMA [Redacted]

29. DOMICILIO y TELÉFONO [Redacted]

29.1 Tipo de vialidad [Redacted] 29.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted] Día Mes Año

Art. 110 Fracc. I del Reglamento

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO [Redacted] 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Redacted] Localidad [Redacted] Día Mes Año [Redacted]

REG. 1

Motivación [Redacted]



REGISTRO CIVIL

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS OFICIALIA

FECHA DE REGISTRO

ACTA No.

LOCALIDAD

MUNICIPIO

ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

SEXO:

NOMBRE: (NOMBRE(S), (PRIMER APELLIDO), (SEGUNDO APELLIDO))

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD:

LUGAR DE NACIMIENTO: (LOCALIDAD), (MUNICIPIO), (ENTIDAD FEDERATIVA)

DOMICILIO HABITUAL: (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR), ESTADO CIVIL:

(LOCALIDAD), (MUNICIPIO), (ENTIDAD FEDERATIVA), (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE NACIONALIDAD:

NOMBRE DEL PADRE NACIONALIDAD:

NOMBRE DE LA MADRE NACIONALIDAD:

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: HORA:

LUGAR: CERTIFICADO NO.:

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION () NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO:

UBICACION: ORDEN NO.:

LUGAR DONDE FALLECIO:

CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION

NO. DE CEDULA PROFESIONAL:

DOMICILIO:

DECLARANTE

NOMBRE: EDAD:

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO:

DOMICILIO: OCUPACION:

TESTICOS

NOMBRE: EDAD:

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO:

DOMICILIO: OCUPACION:

NOMBRE: EDAD:

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO:

DOMICILIO: OCUPACION:

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.-

FIRMAS

TESTIGO

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIÓ LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO MANIFIESTAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON, Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO INTERVINIERON.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA



SELLO DEL OFICIALIA

CONSTITUCIONAL

MUNICIPIO DE LA INDEPENDENCIA GRO

OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL



REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCIÓN

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
 LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
 MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]
 DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]
 ESTADO CIVIL: [REDACTED]
 NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO
 FECHA DE DEFUNCIÓN: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
 LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]
 UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]
 TIPO DE DEFUNCIÓN: NATURAL
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCIÓN: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 PRESENTO REQUISITOS.
 [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
 TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
 LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombres(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federal o país (si nació en el extranjero) _____	
	5. CURP Entidad federal o país (si nació en el extranjero) _____	
	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	8. ESTADO CONYUGAL Cónyuge <input type="radio"/> Viudo/a <input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	9. ESTADO CONYUGAL Cónyuge <input type="radio"/> Viudo/a <input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido	
	11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: HOGAR Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
DE LA DEFUNCIÓN	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
	14. SITIO DONDE SE OCUERRE LA DEFUNCIÓN 14.1 Tipo de viabilidad _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) _____	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de viabilidad _____ 15.2 Nombre de la viabilidad _____	
	15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____	
	15.6 Nombre del asentamiento humano _____	
	15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____	
	15.10 Entidad federal o país (si residía en el extranjero) _____	
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Año _____ Hora _____ Minutos _____	
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evitar señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) _____		
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____		
22.7 Anotar el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____		
22.7.1 Tipo de viabilidad _____ 22.7.2 Nombre de la viabilidad _____		
22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____		
22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____		
22.7.10 Entidad federal o país (si residía en el extranjero) _____		
DEL INF	23. NOMBRE Nombres(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____ Especifique _____	
DEL CERTIFICANTE	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Especifique _____ Número de la cédula profesional _____	
	27. NOMBRE Nombres(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
	28. DOMICILIO y TELÉFONO 28.1 Tipo de viabilidad _____ 28.2 Nombre de la viabilidad _____ 28.3 Núm. Exterior _____ 28.4 Núm. Interior _____ 28.5 Tipo de asentamiento humano _____	
28.6 Nombre del asentamiento humano _____ 28.7 Localidad _____ 28.8 Municipio o delegación _____		
28.9 Entidad federal o país (si residía en el extranjero) _____		
DEL REG. CIVIL	29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
	30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____	
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federal o país (si residía en el extranjero) _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] Día Mes Año

3. SEXO [Redacted]

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]

5. CURP [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI No Se ignora

7. NACIONALIDAD Mexicana 1 Otra 2 → Especifique [Redacted] Se ignora 9

8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos Se ignora 9

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted] 8.3 Peso (gramos): [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL [Redacted]

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted] Localidad [Redacted] Municipio o delegación [Redacted] Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]

10.2 Núm. Exterior [Redacted] Núm. Interior [Redacted] Tipo de asentamiento humano [Redacted] Nombre del asentamiento humano [Redacted]

10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]

11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1 Incompleta 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora 99

12.1 Trabajaba SI 1 No 2 Se ignora 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD [Redacted] 13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted] 14.1 Tipo de vialidad [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] 14.3 Nombre del establecimiento de salud [Redacted] 14.4 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

15. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad [Redacted] 15.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]

16. FECHA DE DEFUNCIÓN [Redacted] Día Mes Año Horas Minutos

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI 1 No 2 Se ignora 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI 1 No 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]

b) Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

c) [Redacted]

d) [Redacted]

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto: Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1 No 2 Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Escuela u oficina pública 2 Área deportiva 3 Calle o carretera (vía pública) 4 Área comercial o de servicio 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

DEL INF.

23. NOM [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

24. PARENTESCO CON EL FALLECIDO(A) [Redacted]

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante 1 Médico legista 2 Otro médico* 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil* 5 Otro* 6 *Especifique [Redacted]

26. SI EL CERTIFICANTE ES... [Redacted]

27. NOMBRE [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

28. DOMICILIO Y TELÉFONO [Redacted] Tipo de vialidad [Redacted] Nombre de la vialidad [Redacted] m. Exterior [Redacted] m. Interior [Redacted]

28.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 28.8 Localidad [Redacted] 28.9 Fecha de certificación [Redacted]

REG. VIL

31. EN DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Motivación 1 [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted] Año [Redacted]

Motivación 2 [Redacted]

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

REGISTRE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]
2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] 3. SEXO [Redacted] 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]
5. CURP [Redacted] 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI No Se ignora 7. NACIONALIDAD Mexicana Se ignora Otra Especifique [Redacted]
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora [Redacted] Minutos Para menores de un día [Redacted] Horas Para menores de un mes [Redacted] Días Para menores de un año [Redacted] Meses Para personas de un año o más [Redacted] Años cumplidos
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) Viudo(a) Casado(a) Soltero(a) Se ignora Unión libre Divorciado(a)
10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted]
10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]
10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]
11. ESCOLARIDAD Ninguna Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 00 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta 12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora 12.1 Trabajaba SI No Se ignora 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD [Redacted] 13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted] 15.1 Tipo de vialidad [Redacted] 15.2 Nombre de la vialidad [Redacted]
15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]
15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI No Se ignora
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI No
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted]
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo [Redacted]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio 43 días a 11 meses después del parto o aborto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente Homicidio Suicidio Se ignora
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicio Área Industrial (taller, fábrica u obra) Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(s) [Redacted]
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted]
22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]
22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

DEL INF.

23. NOMBRE [Redacted] 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante Médico legista Otro médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud "Autoridad civil" Otro* Especifique [Redacted]
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] Número de la [Redacted]
27. NOMBRE [Redacted] 28. FIRMA [Redacted]
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad [Redacted] 29.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]
29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted]

REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO [Redacted] 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] Art. 113 Fracc. II LFTAIP



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE DEFUNCION



ACTUALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] FOLIO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] ANOS MESES DIAS HORAS

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

ESTADO CIVIL: CASADO

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

[REDACTED]

SÉ DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU

FIRMAS

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

EL OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

SELO DE LA OFICIALIA [REDACTED]



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
MUNICIPALIDAD DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		4. ENTIDAD FEDERATIVA O PAÍS (SI NACIÓ EN EL EXTRANJERO) _____	
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Masculino <input checked="" type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>	
	5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____	
	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		8.2 Semanas de gestación: _____	
	8.3 Peso (gramos): _____		9. ESTADO CONYUGAL Casado <input type="radio"/> Soltero <input checked="" type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/>	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____		10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____	
	10.5 Tipo de asentamiento humano _____		10.6 Nombre del asentamiento humano _____	
	10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____		10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____	
	11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: _____ Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabaja <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD _____		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____		
14. SITIO DONDE _____		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) _____		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda _____		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) _____		
15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____		15.5 Tipo de asentamiento humano _____		
15.6 Código Postal _____ 15.7 Localidad _____		15.8 Municipio o delegación _____ 15.9 Entidad federativa _____		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada región. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) _____ c) _____ d) _____		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código CIE _____ Código CIE _____ Código CIE _____ Código CIE _____		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo _____ 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) _____ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____ 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____		
DEL INF. 23. NOMBRE _____ Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____		
DEL CERTIFICANTE 25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____		
27. NOMBRE _____ Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FIRMA _____		
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Código Postal _____ 29.7 Localidad _____ 29.8 Municipio o delegación _____ 29.9 Entidad federativa _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		
DEL REG. CIVIL 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____		

Art. 110

Fracc. V, VII LFTAIP

Motivación 1

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Fracc. I LFTAIP

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____
LIBRO: _____ ACTA No. _____ LOCALIDAD: _____
MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO _____ SEXO: _____
NOMBRE: _____
NOMBRE(S) _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO) _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS _____ NACIONALIDAD: _____
LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____
DOMICILIO HABITUAL: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ ESTADO CIVIL: _____
NOMBRE DEL CÓNYUGE: _____ NACIONALIDAD: _____
NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: _____
NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____
LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____
DESTINO DEL CADAVER: / INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____
UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____
DONDE FALLECIO: _____
CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
B) _____
C) _____
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____
DOMICILIO: _____

DECLARANTE
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS
TESTIGO: _____
DECLARANTE: _____
TESTIGO: _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUJELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
MAYORALDIA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2018

Art. 10
Fra. 1
LFTAIIP



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTRÉGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] 3. SEXO [Redacted] 4. ENT [Redacted] Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP [Redacted] 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI 1 No 2 Se ignora 3 7. NACIONALIDAD Mexicana 1 Se ignora 2 Otra 3 Especifique [Redacted]

8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos [Redacted] Para menores de un día Horas [Redacted] Para menores de un mes Días [Redacted] Para menores de un año Meses [Redacted] Para personas de un año o más [Redacted] Se ignora

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted] 8.3 Peso (gramos): [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) 6 Vido(a) 2 Casado(a) 3 En unión libre 4 Divorciado(a) 5 Soltero(a) 1 Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL Ancla el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted] Ciudad [Redacted] Estado [Redacted] País [Redacted] la localidad [Redacted]

10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]

11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1 Incompleta 2 11.2 Ocupación habitual [Redacted] Se ignora 3 12.1 Trabajaba SI 1 No 2 Se ignora 3

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD [Redacted] 13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted] 14.1 Tipo de establecimiento de salud [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] 14.3 Tipo de atención [Redacted] 14.4 Tipo de habitación [Redacted] 14.5 Tipo de habitación [Redacted] 14.6 Tipo de habitación [Redacted] 14.7 Tipo de habitación [Redacted] 14.8 Tipo de habitación [Redacted] 14.9 Tipo de habitación [Redacted] 14.10 Tipo de habitación [Redacted]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted] 15.1 Núm. Exterior [Redacted] 15.2 Núm. Interior [Redacted] 15.3 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.4 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

15.5 Código Postal [Redacted] 15.6 Localidad [Redacted] 15.7 Municipio o delegación [Redacted] 15.8 Entidad federativa o país [Redacted]

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted] 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI 1 No 2 Se ignora 3 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI 1 No 2

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [Redacted]

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b) [Redacted]

c) [Redacted]

d) [Redacted]

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

[Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 4 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1 No 2 Se ignora 3 22.3 Sello donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 1 Área deportiva 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 2 Calle o comercio (vía pública) 4 Escuela u oficina pública 5 Área comercial de servicios 6 22.4 Describa brevemente la situación, circunstancias y hechos en que se produjo la lesión [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

22.7.6 Código Postal [Redacted] 22.7.7 Localidad [Redacted] 22.7.8 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.9 Entidad federativa o país [Redacted]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. NOMBRE [Redacted] 24. RELACIONADO CON EL FALLECIDO [Redacted]

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante 1 Médico legista 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 3 Autoridad civil 4 26. NOMBRE [Redacted] 27. NOMBRE [Redacted] 28. DOMICILIO y TELEFONO [Redacted]

29.1 Tipo de habitación [Redacted] 29.2 Tipo de habitación [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

30. FECHA DE [Redacted]



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

607

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROJO) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. _____	3. SEXO _____
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO _____ Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP _____	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años completos _____ Se ignora <input type="radio"/>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____ 8.2 Semanas de gestación: _____ 8.3 Peso (gramos): _____	
9. ESTADO CONYUGAL _____	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivió el fallecido (a) 10.1 Núm. Exterior: _____ 10.4 Núm. Interior: _____ 10.2 Tipo de asentamiento humano: _____ 10.3 Código Postal: _____ 10.5 Localidad: _____ 10.6 Municipio o delegación: _____ 10.7 Entidad federativa o país (si nació en el extranjero): _____	
11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Nombre de la unidad médica: _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____ Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Núm. Exterior: _____ 15.4 Núm. Interior: _____ 15.2 Tipo de asentamiento humano: _____ 15.3 Código Postal: _____ 15.5 Localidad: _____ 15.6 Municipio o delegación: _____ 15.7 Entidad federativa: _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: 2 Mes: 1 Año: 2018 Hora: 17 Minutos: 30	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo, paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que provocó la muerte directamente a) _____ b) Causas antecedentes: Estado morbozo, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica c) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____ Código CIE: _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 34 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones agudas del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidental <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el/ta fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Calle o camellera (vía pública) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.5 Descripción brevemente de la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____	
22.6 Descripción brevemente de la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vía: _____ 22.7.2 Nombre de la vía: _____ 22.7.3 Núm. Exterior: _____ 22.7.4 Núm. Interior: _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 22.7.6 Código Postal: _____ 22.7.7 Localidad: _____ 22.7.8 Municipio o delegación: _____ 22.7.9 Entidad federativa: _____	
22.8 Nombre de la vía: _____	
22.9 Nombre del asentamiento humano: _____	
23. NOMBRE _____ Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. RELACIONADO CON EL/LA FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique _____ Número de la cédula profesional: _____	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: _____	
27. NOMBRE _____ Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO 28.1 Núm. Exterior: _____ 28.4 Núm. Interior: _____ 28.2 Tipo de asentamiento humano: _____ 28.3 Código Postal: _____ 28.5 Localidad: _____ 28.6 Municipio o delegación: _____ 28.7 Entidad federativa: _____ 28.8 Teléfono: _____	
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 30.1 Acta Núm. _____	
31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad: _____ 31.2 Municipio o delegación: _____ 31.3 Entidad federativa: _____ 31.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE DEFUNCION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
LIBRO: [REDACTED] FOLIO: [REDACTED]
MUNICIPIO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS
TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA [REDACTED]



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
OFICIALIA 01
REGISTRO CIVIL



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Módulo 2017.1
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

209

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Pámar Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____	9. ESTADO CONYUGAL 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____ 8.2 Semanas de gestación: _____ 8.3 Peso (gramos): _____
10. RESIDENCIA HABITUAL Anexo _____ (sección donde vivía el fallecido/a) 10.1 Núm. Exterior _____ 10.2 Núm. Interior _____ 10.3 Tipo de asentamiento humano _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Núm. Exterior _____ 10.7 Núm. Interior _____ 10.8 Tipo de asentamiento humano _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: _____ Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES): _____	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Núm. Exterior _____ 15.2 Núm. Interior _____ 15.3 Tipo de asentamiento humano _____ 15.4 Nombre del asentamiento humano _____ 15.5 Municipio o delegación _____ 15.6 Entidad federativa _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte (directamente) a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos agudos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo e) _____ f) _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días e 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): _____ 22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____ 22.6 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____	
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO DEL INF. AL FALLECIDO(A) _____ 24. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud: Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
26. FIRMA DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ 26.1 Nombre de la vivienda _____ 26.2 Nombre de la vivienda _____ 26.3 Tipo de asentamiento humano _____ 26.4 Núm. Exterior _____ 26.5 Núm. Interior _____ 26.6 Tipo de asentamiento humano _____ 26.7 Localidad _____ 26.8 Localidad _____ 26.9 Municipio o delegación _____ 26.10 Entidad federativa _____ 26.11 Teléfono _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. DOMICILIO Y TELEFONO DEL CERTIFICANTE 28.1 Nombre de la vivienda _____ 28.2 Nombre de la vivienda _____ 28.3 Tipo de asentamiento humano _____ 28.4 Núm. Exterior _____ 28.5 Núm. Interior _____ 28.6 Tipo de asentamiento humano _____ 28.7 Localidad _____ 28.8 Localidad _____ 28.9 Municipio o delegación _____ 28.10 Entidad federativa _____ 28.11 Teléfono _____	
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad _____ 30.2 Localidad _____ 30.3 Entidad federativa _____ 30.4 Día _____ Mes _____ Año _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____	

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTRÉ EN EL ORIGINAL, EN UN COPIA, EN LA COPIA Y EN EL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] 3. SEXO [Redacted] 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]

5. CURP [Redacted] 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI No Se ignora 7. NACIONALIDAD Mexicana Otra Se ignora

8. EDAD CUMPLIDA [Redacted] 9. ESTADO CONYUGAL [Redacted]

10. RESIDENCIA HABITUAL [Redacted]

11. ESCOLARIDAD [Redacted] 12. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted]

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD [Redacted] 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted] 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI No Se ignora 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) [Redacted]	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [Redacted]		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	c) [Redacted]		
	d) [Redacted]		

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS [Redacted]

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE [Redacted]

23. SITIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN [Redacted]

24. ANOTA LA RELACIÓN QUE TENÍA EL PRESUNTO AGRESOR CON EL(A) FALLECIDO(A) [Redacted]

25. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: [Redacted]

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted]

27. NOMBRE [Redacted] 28. FIRMA [Redacted]

29. DOMICILIO Y TELÉFONO [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted]

DEL INF.

23. NOMBRE [Redacted] 24. PARÉNTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) [Redacted]

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR [Redacted] 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted]

27. NOMBRE [Redacted] 28. FIRMA [Redacted]

29. DOMICILIO Y TELÉFONO [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted]

REG.

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DEL JUZGADO [Redacted] 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Redacted]

Motivación 2

REGISTRO CIVIL

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



ESTADO	FECHA DE REGISTRO
MUNICIPIO	ACTA No.
	LOCALIDAD
	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

ESTADO CIVIL: _____

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

¿DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
B) _____
C) _____

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

TESTIGO	DECLARANTE	TESTIGO
---------	------------	---------

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU FIRMA

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

69

LOS UNIDOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS POR LA LEY FEDERAL DE DEFENSA DE LA CONSUMIDOR. TAMBIÉN PUEDE CONTACTAR CON EL SERVIDOR DE CLIENTES AL 1-800-368-6868 O VISITAR NUESTRO SITIO WEB EN WWW.FEDERALDEFENSE.COM

1. NOMBRE DEL DEFUNTO		2. NOMBRE DEL PADRE		3. NOMBRE DEL MADRE	
4. NOMBRE DEL ESPOSO/A		5. NOMBRE DEL HIJO/A		6. NOMBRE DEL HERMANO/A	
7. NOMBRE DEL TANTO		8. NOMBRE DEL TANTO		9. NOMBRE DEL TANTO	
10. NOMBRE DEL TANTO		11. NOMBRE DEL TANTO		12. NOMBRE DEL TANTO	
13. NOMBRE DEL TANTO		14. NOMBRE DEL TANTO		15. NOMBRE DEL TANTO	
16. NOMBRE DEL TANTO		17. NOMBRE DEL TANTO		18. NOMBRE DEL TANTO	
19. NOMBRE DEL TANTO		20. NOMBRE DEL TANTO		21. NOMBRE DEL TANTO	
22. NOMBRE DEL TANTO		23. NOMBRE DEL TANTO		24. NOMBRE DEL TANTO	
25. NOMBRE DEL TANTO		26. NOMBRE DEL TANTO		27. NOMBRE DEL TANTO	
28. NOMBRE DEL TANTO		29. NOMBRE DEL TANTO		30. NOMBRE DEL TANTO	
31. NOMBRE DEL TANTO		32. NOMBRE DEL TANTO		33. NOMBRE DEL TANTO	
34. NOMBRE DEL TANTO		35. NOMBRE DEL TANTO		36. NOMBRE DEL TANTO	
37. NOMBRE DEL TANTO		38. NOMBRE DEL TANTO		39. NOMBRE DEL TANTO	
40. NOMBRE DEL TANTO		41. NOMBRE DEL TANTO		42. NOMBRE DEL TANTO	
43. NOMBRE DEL TANTO		44. NOMBRE DEL TANTO		45. NOMBRE DEL TANTO	
46. NOMBRE DEL TANTO		47. NOMBRE DEL TANTO		48. NOMBRE DEL TANTO	
49. NOMBRE DEL TANTO		50. NOMBRE DEL TANTO		51. NOMBRE DEL TANTO	
52. NOMBRE DEL TANTO		53. NOMBRE DEL TANTO		54. NOMBRE DEL TANTO	
55. NOMBRE DEL TANTO		56. NOMBRE DEL TANTO		57. NOMBRE DEL TANTO	
58. NOMBRE DEL TANTO		59. NOMBRE DEL TANTO		60. NOMBRE DEL TANTO	
61. NOMBRE DEL TANTO		62. NOMBRE DEL TANTO		63. NOMBRE DEL TANTO	
64. NOMBRE DEL TANTO		65. NOMBRE DEL TANTO		66. NOMBRE DEL TANTO	
67. NOMBRE DEL TANTO		68. NOMBRE DEL TANTO		69. NOMBRE DEL TANTO	
70. NOMBRE DEL TANTO		71. NOMBRE DEL TANTO		72. NOMBRE DEL TANTO	
73. NOMBRE DEL TANTO		74. NOMBRE DEL TANTO		75. NOMBRE DEL TANTO	
76. NOMBRE DEL TANTO		77. NOMBRE DEL TANTO		78. NOMBRE DEL TANTO	
79. NOMBRE DEL TANTO		80. NOMBRE DEL TANTO		81. NOMBRE DEL TANTO	
82. NOMBRE DEL TANTO		83. NOMBRE DEL TANTO		84. NOMBRE DEL TANTO	
85. NOMBRE DEL TANTO		86. NOMBRE DEL TANTO		87. NOMBRE DEL TANTO	
88. NOMBRE DEL TANTO		89. NOMBRE DEL TANTO		90. NOMBRE DEL TANTO	
91. NOMBRE DEL TANTO		92. NOMBRE DEL TANTO		93. NOMBRE DEL TANTO	
94. NOMBRE DEL TANTO		95. NOMBRE DEL TANTO		96. NOMBRE DEL TANTO	
97. NOMBRE DEL TANTO		98. NOMBRE DEL TANTO		99. NOMBRE DEL TANTO	
100. NOMBRE DEL TANTO		101. NOMBRE DEL TANTO		102. NOMBRE DEL TANTO	

Art. 110 ATENCIÓN EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE PRESENTAR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD. Art. 113 Fracc. V, VII Fracc. I LETAP

Motivación 1 Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]
NOMBRE (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] LOCALIDAD [REDACTED] MUNICIPIO [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
(LOCALIDAD) [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: 43
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[REDACTED]


[REDACTED] FIRMA [REDACTED]

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE [REDACTED] Y ELLOS INTERVINIERON Y [REDACTED] CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN [REDACTED] NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. [REDACTED]
LIC. CAMERINO GARCIA ROGUE

FIRMA [REDACTED]


AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
 CALA DE LA INDEPENDENCIA, C.D.
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
 2014 - 2019

643

REPUBLICA
MEXICANA
SECRETARÍA DE
JUSTICIA

SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombres: [Redacted] Primer Apellido: [Redacted] Segundo Apellido: [Redacted]		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (para personas del extranjero) [Redacted]	
2. [Redacted]		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
3. [Redacted]		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted]		9. ESTADO CONYUGAL [Redacted]	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a). 10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero) [Redacted]		11. [Redacted]	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD [Redacted]		13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted]	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] b) [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted] Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) [Redacted]		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]	
23. NOMBRE Nombres: [Redacted] Primer Apellido: [Redacted] Segundo Apellido: [Redacted]		24. PARENTESCO CON EL (LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico forense <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]	
27. NOMBRE Nombres: [Redacted] Primer Apellido: [Redacted] Segundo Apellido: [Redacted]		28. FIRMA [Redacted]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad [Redacted] 29.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 31.1 Acta Núm. [Redacted]		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] 3. SEXO [Redacted] 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]

5. CURP [Redacted] 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI No Se ignora 7. NACIONALIDAD Mexicana Otra Especifica [Redacted]

8. EDAD CUMPLIDA [Redacted] 9. ESTADO CONYUGAL [Redacted]

10. RESIDENCIA HABITUAL [Redacted] 10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]

11. ESCOLARIDAD [Redacted] 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta 12. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] 12.1 Trabajaba SI No Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD [Redacted] 13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted] 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Entidad Federativa [Redacted]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted] 15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted] 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI No Se ignora 18. ¿SE PRACTICÓ NECESARIAMENTE LA AUTOPSIA? SI No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [Redacted]

Causas antecedentes
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b) [Redacted]

c) [Redacted]

d) [Redacted]

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted]

20. CAUSA BÁSICA DE DE Códigos CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
El embarazo 43 días a 11 meses después del parto o aborto El parto El puerperio No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:
22.1 Fue un presunto [Redacted] 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de [Redacted] 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión [Redacted] Área Industrial 22.4 Añote la relación que tiene el presunto agresor con el fallecido(a) [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted] 22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

23. NOMBRE [Redacted] 24. PARENTESCO CON EL (LA) FALLECIDO [Redacted]

25. CERTIFICADA POR Médico tratante Médico legista Otro médico* Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil* Otro* Especifique [Redacted]

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] 27. NOMBRE [Redacted] 28. [Redacted]

29. DOMICILIO Y TELÉFONO [Redacted] 29.1 Vialidad [Redacted] 29.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Municipio o delegación [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO [Redacted] 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Redacted] 32.1 Localidad [Redacted]

IFTAIP

Motivación 1

IFTAIP

Motivación 2

696



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.

[TEXTO_LIBRE]

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]

OFICIO NÚM.: [REDACTED]

ASUNTO: SE AUTORIZA ENTREGA DE CADÁVER

[REDACTED]

C. SERVICIO MEDICO FORENSE
CHILPANCINGO, GUERRERO.
P R E S E N T E.

EN CUMPLIMIENTO A MI ACUERDO DICTADO CON ESTA FECHA EN LA AVERIGUACIÓN PREVIA QUE AL RUBRO SE CITA, Y CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 21 NUESTRA CARTA MAGNA, 139 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA LOCAL, 127, 128, 129, 131, 215, 271 DEL CÓDIGO NACIONAL DE PROCEDIMIENTOS PENALES, POR MEDIO DEL PRESENTE SOLICITO A USTED, SE SIRVA ORDENAR A QUIEN CORRESPONDA HAGA LA ENTREGA DEL CADÁVER DEL SEXO [REDACTED] QUIEN SE ENCUENTRA DEPOSITADO EN EL INTERIOR DE ESAS INSTALACIONES A SU CARGO, QUIEN EN VIDA RESPONDIERA AL NOMBRE DE [REDACTED] A LOS TESTIGOS DE IDENTIDAD CADAVERICA, LOS CC. [REDACTED], PARA QUE LO TRASLADEN Y LE DEN SEPULTURA EN [REDACTED] MISMA QUE SERA TRASLADADA EN UNA CAMIONETA DE [REDACTED]

ATENTAMENTE.

[REDACTED]

FISCALÍA
GENERAL DEL ESTADO
SECRETARÍA DE JUSTICIA
Y FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO
MUNICIPAL DEL DISTRITO
DE CHILPANCINGO
GUERRERO

[REDACTED] HA ELABORACION

[REDACTED]

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	
3. SEXO Masculino <input checked="" type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>	
5. CURP _____	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____	
9. ESTADO CONYUGAL Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Soltero <input checked="" type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN _____	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo e) _____ f) _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input checked="" type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a) _____ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____ 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____ 22.7.1 Tipo de vitalidad _____ 22.7.2 Nombre de la vitalidad _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____	
23. NOMBRE DEL INFANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PADRE(S) DEL INFANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 28.1 Tipo de vitalidad _____ 28.2 Nombre de la vitalidad _____ 28.3 Núm. Exterior _____ 28.4 Núm. Interior _____ 28.5 Tipo de asentamiento humano _____ 28.6 Nombre del asentamiento humano _____ 28.7 Código Postal _____ 28.8 Localidad _____ 28.9 Municipio o delegación _____ 28.10 Entidad federativa _____	
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad _____	

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

REG. VIL

Motivación 1

Motivación 2

REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]

NOMBRE(S): [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]

(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: DEPARTAMENTO DE TERCERA CLASE [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEQUILA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

SI DIRECTAMENTE A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

SELLO DE LA OFICINA
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
MUNICIPALIDAD DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICINA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2024

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	
3. SEXO Masculino <input checked="" type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>	
4. ENTIDAD DE ORIGEN _____	
5. CURP _____	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____	
9. ESTADO CONYUGAL Casado <input type="radio"/> Soltero <input checked="" type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL A _____ (Código Postal) _____ (Localidad) _____ (Municipio o delegación) _____ (Entidad federativa)	
11. La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajador <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN _____ (Código Postal) _____ (Localidad) _____ (Municipio o delegación) _____ (Entidad federativa)	
14. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Núm. Exterior _____ 14.2 Núm. Interior _____ 14.3 Tipo de asentamiento humano _____ 14.4 Código Postal _____ 14.5 Localidad _____ 14.6 Municipio o delegación _____ 14.7 Entidad federativa _____	
15. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: _____ b) Causas antecedentes, estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica: _____ c) _____ d) _____	
16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
17. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
18. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
19. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 ¿Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos al parto <input type="radio"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
20. MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS 22.1 ¿Fue un presunto accidente o homicidio? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 ¿Situación donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva (piscina, cancha, etc.) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): _____ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Núm. Exterior _____ 22.7.2 Núm. Interior _____ 22.7.3 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.4 Código Postal _____ 22.7.5 Localidad _____ 22.7.6 Municipio o delegación _____ 22.7.7 Entidad federativa _____	
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Médico de guardia <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Dato <input type="radio"/>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Especifique: _____ Número de la cédula profesional: _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. FIRMA DEL CERTIFICANTE _____	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DEL REG. CIVIL Núm. _____ Libro Núm. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Lugar _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO	1. SEXO	2. EDAD GESTACIONAL Semanas	3. PESO Gramos	4. DE UN EMBARAZO	5. RECIBIÓ ATENCIÓN PRENATAL Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
	6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input type="radio"/> 1 Complicado <input checked="" type="radio"/> 2	7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input checked="" type="radio"/> 1 Durante el parto <input type="radio"/> 2		8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día Mes Año Horas Minutos	
	9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 9.1 Calle y número 9.2 Localidad o Colonia 9.3 Municipio o Delegación 9.4 Entidad Federativa				
CAUSAS DE LA MUERTE FETAL	10. LUGAR DE LA EXTRACCIÓN O EXPULSIÓN 10.1 Nombre de la unidad médica				Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
	11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico <input checked="" type="radio"/> 1 Enfermera <input type="radio"/> 2 Partera <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 4 Se ignora <input type="radio"/> 9	12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ESTE FUE Espontáneo <input type="radio"/> 1 Provocado <input type="radio"/> 2 Terapéutica <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	13. SI SE TRATA DE UN PARTO ESTE FUE Normal <input checked="" type="radio"/> 1 Complicado <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	14. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Cesárea <input type="radio"/> 1 Fórceps <input type="radio"/> 2 Legrado <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 4 Ninguno <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL Anote una sola causa en cada renglón. a), b) o c) PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte a) <input type="text"/>				16. CAUSA BÁSICA Especifique si la causa fue: MATERNA FETAL Código CIE-10
	b) Condiciones fetales o maternas que originaron la causa directa a) Anote en último lugar la causa básica Debido a (o como consecuencia de) <input type="text"/>				
c) <input type="text"/>					
PARTE II Otras condiciones del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no estuvieron relacionadas con las causas señaladas a), b) o c) <input type="text"/>				II.a <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 II.b <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	
DATOS DE LA MADRE	17. NOMBRE Nombre(s) Apellido Paterno				18. EDAD
	19. ESTADO CIVIL				
	20. RESIDENCIA HABITUAL (de la madre)				
	20.3 Municipio o Delegación				20.4 Entidad Federativa
	21. ESCOLARIDAD				
DATOS DEL INFORMANTE	23. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN				Se ignora <input type="radio"/> 99
	24. OCUPACIÓN HABITUAL		25. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE TUVO 25.1 Nacidos vivos (número): 0,0 25.2 Nacidos muertos (número): 0,0		26. CONDICIÓN DE LA MADRE DESPUÉS DEL PARTO O ABORTO Vive <input checked="" type="radio"/> 1 Falleció <input type="radio"/> 2 Folio del Certificado de Defunción
	27. DATOS DEL INFORMANTE 27.1 Nombre		27.2 Parentesco con el fallecido(a)		
DATOS DEL CERTIFICANTE	28. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Otro médico <input type="radio"/> 2		29. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Autorizada Secretaría de <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6		Número de la cédula profesional
	30. DATOS DEL CERTIFICANTE 30.1 Nombre y Firma		30.2 Domicilio y Teléfono		31. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año

LOS DATOS PERSONALES ESTARÁN SUJETOS A LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y A LA LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y LOS

REMITASE ORIGINAL A LA UNIDAD O JURISDICCIÓN SANITARIA DE LA SECRETARÍA DE SALUD MÁS CERCANA
LA PRIMERA COPIA DEBERÁ SER ENVIADA AL INEGI



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LA FICHA REGISTRAR EN EL REGISTRO CIVIL

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primera Apellido _____ Segunda Apellido _____		3. SEXO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique _____	
5. CURP _____		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL 10.1 Tipo de vivienda _____ 10.2 Núm. Exterior _____ 10.3 Núm. Interior _____ 10.4 Localidad _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Municipio o delegación _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____		11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD _____		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Tipo de vivienda _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 14.3 Núm. Exterior _____ 14.4 Núm. Interior _____ 14.5 Tipo de asentamiento humano _____ 14.6 Nombre del asentamiento humano _____ 14.7 Código Postal _____ 14.8 Localidad _____ 14.9 Municipio o delegación _____ 14.10 Entidad federativa _____		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda _____ 15.2 Núm. Exterior _____ 15.3 Núm. Interior _____ 15.4 Localidad _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código CIE _____		Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 homicidio <input type="radio"/> 2 suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 homicidio <input type="radio"/> 2 suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		23. SITIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área de depósito (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		24. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		22.6 Describe brevemente la lesión, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____	
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primera Apellido _____ Segunda Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) _____		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 6 Especifique _____	
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primera Apellido _____		28. FIRMA _____		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL, DEBE ENTREGAR EN SU ORIGINAL A LA REGISTRO CIVIL



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Día Mes Año				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		Se ignora <input type="radio"/>	
		SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes	
Minutos		Horas		Días		Para menores de un año	
Meses		Para personas de un año o más		Años cumplidos		Se ignora <input type="radio"/>	
Para menores de 28 días anote:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
9. ESTADO CONYUGAL		Separado(a) <input type="radio"/>		Viudo(a) <input checked="" type="radio"/>		Casado(a) <input type="radio"/>	
En unión libre <input type="radio"/>		Divorciado(a) <input type="radio"/>		Soltero(a) <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Nombre del fallecido(a)		10.2 Edad		10.3 Sexo	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL		Se ignora <input type="radio"/>	
		Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>		12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)		14.3 Tipo de atención	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
Día Mes Año Horas Minutos		SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Código CIE			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) [Redacted]		b) [Redacted]		c) [Redacted]	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) [Redacted]		c) [Redacted]		d) [Redacted]	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a)			
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio					
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vivienda		22.7.2 Nombre de la vivienda			
22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL (LA) FALLECIDO(A)					
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		Especifique					
27. NOMBRE		28.2 Nombre de la vivienda		28.3 Tipo de asentamiento humano		28.4 Localidad	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono	
29.12 Localidad		29.13 Localidad		29.14 Localidad		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Núm. _____, Libro Núm. _____		32.1 Localidad		32.2 Municipio o delegación		32.3 Entidad federativa	
31.1 Acta Núm. _____		32.4 Día		32.5 Mes		32.6 Año	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE DE REGISTRO DE DEFUNCION



ESTADO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED] ACTA No. [REDACTED]

PRESENTE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[REDACTED] FIRMAS [REDACTED]

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVIENEN Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROGUE

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
3. FECHA DE NACIMIENTO		5. CURP			
Día Mes Año		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		Se ignora <input type="radio"/>	
SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL		Se ignora <input type="radio"/>	
Para menores de una hora Minutos		Para menores de un día Horas		Para menores de un mes Días	
Para menores de un año Meses		Para personas de un año o más Años cumplidos		Se ignora <input type="radio"/>	
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento.		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.2 Nombre de la vialidad		10.6 Nombre	
A) Domicilio donde vivía el fallecido (a)		10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación	
10.10 Entidad federativa		11. ESCOLARIDAD		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
11.1 La escolaridad seleccionada es:		11.2 Trabajaba		Se ignora <input type="radio"/>	
Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
14.1 Nombre de la entidad estatal		14.2 Nombre de la vialidad		14.3 Nombre de la vialidad	
15.1 Nombre de la entidad estatal		15.2 Nombre de la vialidad		15.3 Nombre de la vialidad	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Nombre de la vialidad	
15.6 Nombre de la vialidad		15.7 Código Postal		15.8 Localidad	
15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
Día Mes Año		Horas Minutos		SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		Código CIE	
PARTE I		Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Código CIE	
Causas antecedentes		Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Código CIE	
PARTE II		Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		Código CIE	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>		SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:		22.3. Si la lesión ocurrió en el desempeño de un cargo, actividad o profesión, especifique:		22.4. Anote la lesión o el presunto agresor con el(a) fallecido(a) en los cuadros siguientes	
22.1 Fue un presunto accidente		22.2 Ocurrió en el desempeño de un cargo, actividad o profesión		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad	
22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano	
22.7.6 Nombre del asentamiento humano		22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad	
22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa		23. NOMBRE DEL CERTIFICANTE	
23.1 Nombre		23.2 Primer Apellido		23.3 Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL FALLECIDO		25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
25.1 Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input checked="" type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/>		Persona autorizada por la Secretaría de Salud		Número de identificación profesional	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		28. FIRMA DEL CERTIFICANTE		29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE	
Nombre(s)		Apellido		Código Postal	
29.1 Municipio o delegación		29.2 Entidad federativa		29.3 Teléfono	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA DEL REGISTRO CIVIL		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
Día Mes Año		31.1 Acta Núm.		31.2 Municipio o delegación	
31.3 Entidad federativa		31.4 Día Mes Año		32.1 Lugar	
32.2 Municipio o delegación		32.3 Entidad federativa		32.4 Día Mes Año	



Art 110 Fracc. V, VII LFTAIP

Art 113 Fracc. I LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)
ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
FISCALIA GRAL. DEL ESTADO, AGENCIA DEL M.P. DEL F.C. DEL DISTRITO JUDICIAL DE GALEANA
UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL, CARPETA DE INVESTIGACION: [REDACTED]

FIRMAS
[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO
SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL/CA OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE





Fiscalía general del estado.
Agencia del Ministerio Pub. del F.C.
Del Distrito Judicial de Galeana
Unidad de Atención Integral

12/60

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]

OFICIO NÚM.: [REDACTED]

ASUNTO: Se notifica def. [REDACTED]

[REDACTED]

C. Oficial del Registro Civil
Presente

Por este conducto notifico a Usted, del fallecimiento de la persona del [REDACTED] que en vida respondió al nombre de [REDACTED] de qui informo lo siguiente:

Nombre: [REDACTED]
 Edad: [REDACTED]
 Ocupación: [REDACTED]
 Domicilio: [REDACTED]
 Padres: [REDACTED]
 Nacionalidad: mexicana
 Estado Civil: [REDACTED]
 Originario: [REDACTED]
 Instrucción: [REDACTED]
 Lugar del deceso: [REDACTED]
 Fecha del deceso: [REDACTED]
 Causa de Muerte: [REDACTED]
 Médico que dictaminó: [REDACTED]
 Lugar de inhumación: [REDACTED]

Lo que comunico a Usted, para los efectos legales correspondientes a que haya lugar.



Atentamente

El Agente del Ministerio Público
[REDACTED]

[REDACTED]

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA FOTOCOPIA (ROSA) Y LA COPIA AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		3. SEXO Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		5. CURP _____			
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____		9. ESTADO CONYUGAL Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____		11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 11.2 Trabajaba SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD _____		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) _____			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite, señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfena, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo _____		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____		Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(s) _____	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____			
22.7 Anotar el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____			
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input checked="" type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>			
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la _____ Especifique _____			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO _____		28. FIRMA _____			
29.1 Tipo de vialidad _____ 29.2 Nombre de la vialidad _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____			

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED] NOMBRE(S) [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DÍAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)
ESTADO CIVIL: [REDACTED]
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: [REDACTED]
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
TESTIGOS
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS
TESTIGO: [REDACTED] DECLARANTE: [REDACTED] TESTIGO: [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GR.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____		
	5. CURP _____				6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		8.2 Semanas de gestación: _____		8.3 Peso (gramos): _____	
	9. ESTADO CONYUGAL Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique _____							
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): Calle _____ No. _____ Calle _____ No. _____ Calle _____ No. _____							
	10.3 Núm. Exterior _____		10.4 Núm. Interior _____		10.5 Tipo de asentamiento humano _____		10.6 Nombre del asentamiento humano _____	
	10.7 Código Postal _____		10.8 Localidad _____		10.9 Municipio o delegación _____		10.10 Entidad federativa o país (si registra en el extranjero) _____	
	11. ESCOLARIDAD Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>				11.1 La escolaridad seleccionada es: Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique _____		12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD _____				13.1 Número de seguridad social o afiliación _____			
	DE LA DEFUNCIÓN	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>						
14.1 Nombre de la unidad médica _____				14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle _____ No. _____ Calle _____ No. _____ Calle _____ No. _____								
15.3 Núm. Exterior _____		15.4 Núm. Interior _____		15.5 Tipo de asentamiento humano _____		15.6 Nombre del asentamiento humano _____		
15.7 Código Postal _____		15.8 Localidad _____		15.9 Municipio o delegación _____		15.10 Entidad federativa _____		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____				17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECRÓPSICO? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN. (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica								
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo								
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>								
22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el fallecido(a) _____				
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____				22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____				
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: Calle _____ No. _____ Calle _____ No. _____ Calle _____ No. _____		22.7.1 Tipo de vialidad _____		22.7.2 Nombre de la vialidad _____		22.7.3 Núm. Exterior _____		
22.7.4 Núm. Interior _____		22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____		22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____		22.7.7 Código Postal _____		
22.7.8 Localidad _____		22.7.9 Municipio o delegación _____		22.7.10 Entidad federativa _____				
DEL INF.	23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____				24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____			
DEL CERTIFICANTE	25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> Especifique _____				26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la _____			
	27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____				28. FIRMA _____			
	29. DOMICILIO y TELÉFONO Calle _____ No. _____ Calle _____ No. _____ Calle _____ No. _____		29.1 Tipo de vialidad _____		29.2 Nombre de la vialidad _____		29.3 Núm. Exterior _____	
	29.4 Núm. Interior _____		29.5 Tipo de asentamiento humano _____		29.6 Nombre del asentamiento humano _____		29.7 Localidad _____	
29.8 Código Postal _____		29.9 Municipio o delegación _____		29.10 Entidad federativa _____		29.11 Teléfono _____		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA DEFUNCIÓN _____				32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Localidad _____ Fecha _____				

facto y LFTAR

Motivación



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____
LIBRO: _____ ACTA No. _____ LOCALIDAD: _____
MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO: _____ SEXO: _____
NOMBRE: _____ (NOMBRES) _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: _____ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) _____ ESTADO CIVIL: _____
_____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: _____
NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____
LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____
UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____
DONDE FALLECIO: _____
CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
B) _____
C) _____
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____
DOMICILIO: _____

DECLARANTE
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

TESTIGO: _____
TESTIGO: _____
TESTIGO: _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

E.C.C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA





SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO



ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE ORIGEN Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Especifique _____	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: _____ Minutos _____ Para menores de un día: _____ Horas _____ Para menores de un mes: _____ Días _____ Para menores de un año: _____ Meses _____ Para personas de un año o más: _____ Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 10.1 Núm. Exterio. _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.2 Núm. de la ciudad _____ 10.3 Nombre de la ciudad _____ 10.6 Nombre _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 11.2 Trabajaba SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) _____	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterio. _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(ella) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de viabilidad _____ 22.7.2 Nombre de la viabilidad _____ 22.7.3 Núm. Exterio. _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____	
23. NOMBRE DEL INF. _____ Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique _____	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, AÑOTE: Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ 27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ 28. DOMICILIO y TELÉFONO 28.1 Nombre de la ciudad _____ 28.2 Nombre de la viabilidad _____ 28.3 Núm. Interior _____ 28.4 Tipo de asentamiento humano _____ 28.5 Nombre del asentamiento humano _____ 28.6 Código Postal _____ 28.7 Localidad _____ 28.8 Municipio o delegación _____ 28.9 Entidad federativa _____ 28.10 Teléfono _____	
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA DE REGISTRO CIVIL Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD.

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



ESTADO: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO
NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: [REDACTED]
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS: [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL N.º 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
MUNICIPALIDAD DE LA INDEPENDENCIA, GRU
OFICIALIA DEL
REGISTRO CIVIL



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO



ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federal o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
8. EDAD CUMPLIDA Para mayores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Aquí el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____			
10.1 Tipo de vivienda _____		10.2 Tipo de asentamiento humano _____		10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____			
10.5 Tipo de asentamiento humano _____		10.6 Nombre del asentamiento humano _____		10.7 Código Postal _____			
10.8 Localidad _____		10.9 Municipio o delegación _____		10.10 Entidad federal o país (si reside en el extranjero) _____			
11. ESCOLARIDAD _____		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL _____			
12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD _____		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica _____		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN _____		15.1 Tipo de vivienda _____		15.2 Tipo de asentamiento humano _____			
15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____		15.5 Tipo de asentamiento humano _____		15.6 Nombre del asentamiento humano _____			
15.7 Código Postal _____		15.8 Localidad _____		15.9 Municipio o delegación _____			
15.10 Entidad federal _____		16. ESCALERA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón/ Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica c) _____ d) _____ PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo _____		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____ Código CIE _____		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 13 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Aracido <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>			
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____			
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión (el presunto accidente, homicidio o suicidio) 22.7.1 Tipo de vivienda: _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda: _____ 22.7.3 Núm. Exterior: _____ 22.7.4 Núm. Interior: _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 22.7.7 Código Postal: _____ 22.7.8 Localidad: _____ 22.7.9 Municipio o delegación: _____ 22.7.10 Entidad federal: _____		23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: _____		27. FIRMAS Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
28. Domicilio y teléfono 28.1 Tipo de vivienda: _____ 28.2 Nombre de la vivienda: _____ 28.3 Núm. Exterior: _____ 28.4 Núm. Interior: _____ 28.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 28.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 28.7 Localidad: _____ 28.8 Municipio o delegación: _____ 28.9 Entidad federal: _____		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____			
31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad: _____ 31.2 Municipio o delegación: _____ 31.3 Entidad federal: _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: _____ 32.2 Municipio o delegación: _____ 32.3 Entidad federal: _____		Art. _____ Fracc. V. VII LFTAI Motivación 1			

Art. _____
Fracc. V. VII
LFTAI

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



714

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)
ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED] FIRMAS [REDACTED]

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE PROLEGTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
AYALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2010 - 2021



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Forma 20/1
FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Española <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Horas _____ Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Minutos _____ Para menores de un mes: Horas _____ Minutos _____ Para menores de un año: Meses _____ Años cumplidos _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____	
9. ESTADO CONYUGAL Casado <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivió o falleció (s) _____ 10.1 Tipo de vivienda _____ 10.2 Num. Exterior _____ 10.3 Num. Interior _____ 10.4 Tipo de asentamiento humano _____ 10.5 Nombre del asentamiento humano _____ 10.6 Municipio o delegación _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad alcanzada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 11.2 Ocupación habitual _____ 11.3 Trabaja: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 12.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) _____	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda _____ 15.2 Num. Exterior _____ 15.3 Num. Interior _____ 15.4 Tipo de asentamiento humano _____ 15.5 Nombre del asentamiento humano _____ 15.6 Municipio o delegación _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Entidad federativa _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente _____ b) Causas antecedentes (Enfermedades morbosas, si existiera alguna, que produjeron la causa causante más arriba mencionada en el último lugar la causa básica) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____ g) _____ h) _____ i) _____ j) _____ k) _____ l) _____ m) _____ n) _____ o) _____ p) _____ q) _____ r) _____ s) _____ t) _____ u) _____ v) _____ w) _____ x) _____ y) _____ z) _____ Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código CIE _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 64 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (fábrica u obra) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) _____ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el número _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda _____ 22.7.3 Num. Exterior _____ 22.7.4 Num. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Municipio o delegación _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Entidad federativa _____	
DEL INF.	
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. ¿PERENTISCO CON EL(A) FALLECIDO(A) _____	
DEL CERTIFICANTE	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique _____ Número de identificación profesional _____	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 26.1 Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ 26.2 Tipo de asentamiento humano _____ 26.3 Num. Exterior _____ 26.4 Num. Interior _____ 26.5 Tipo de asentamiento humano _____ 26.6 Municipio o delegación _____ 26.7 Código Postal _____ 26.8 Localidad _____ 26.9 Entidad federativa _____ 26.10 Teléfono _____	
27. FIRMA _____	
28. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
DEL REG. CIVIL	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO 31.1 Acta Núm. _____ 31.2 Libro Núm. _____ 31.3 Municipio o delegación _____ 31.4 Entidad federativa _____ 31.5 Día _____ Mes _____ Año _____	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



116

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] (NOMBRE(S)) [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (CUBIERTO) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O GREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

ONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABIEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

[REDACTED]

SELLO DE LA OFICINA
CLAYUNAMIENTO
CONSTITUCIONAL
MEXICO

INTERESADO



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE INICIAL DE REGISTRO



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
 MUNICIPIO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED] MEXICANA
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] HORAS: [REDACTED]
 DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
 NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED] MEXICANA
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED] MEXICANA
 FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] FALLECIMIENTO: [REDACTED]
 LUGAR: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION () NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]
 UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]
 TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA
 DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 OCUPACION: [REDACTED]
 TESTIGOS
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA
 DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 OCUPACION: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA
 DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS

[REDACTED SIGNATURES]

SE DA LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA [REDACTED]

AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
GUAYMAS DE LA INDEPENDENCIA, ORO
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2014



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

118

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS SECRETARÍA DE SALUD
AUTORIDAD FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSIBILIDAD DE LOS PARTICULARES
CE SUJETOS OBLIGADOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]			
2. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		3. SEXO [Redacted]	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad [Redacted] Embarcación o país (si nació en el extranjero) [Redacted]			
5. CURP [Redacted]			
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Española <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted]			
9. ESTADO CONYUGAL [Redacted]			
10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): 10.1 Tipo de vivienda [Redacted] 10.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Número [Redacted] 10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 11.2 ¿Trabaja? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD [Redacted] 12.1 Número de seguridad social [Redacted]			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> SMS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave de la unidad médica [Redacted] (CLUES)			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda [Redacted] 15.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Número del asentamiento humano [Redacted] 15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]			
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Ignora <input type="radio"/>			
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa principal que produjo la muerte directa o indirecta) PART I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas antecedentes: Estados morbosos, al existir alguno, que produjeron la causa congnada arriba mencionada en último lugar la causa física PART II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE [Redacted]	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23. ¿Las causas anotadas involucran complicaciones de embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
24. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]		25. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]			
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]			
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]			
21. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]			
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional [Redacted]			
27. NOMBRE: Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]			
28. FIRMA: [Redacted]			
29. DOMICILIO y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vivienda [Redacted] 29.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.6 Número del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted]			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O REGISTRO: Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD
REGISTRO CIVIL
DEL CASO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

LEER EN EL REVERSO

Formulario de certificación de defunción con campos para nombre del fallecido, edad, estado de nacimiento, escolaridad, estado conyugal, causas de defunción, lugar y fecha de registro, etc.

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

DE LA MUERTE ACCIDENTAL O VIOLENTA

DEL INFANTE

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

Art. 110, Fracc. V, VII LFTAI

Art. 113 LFTAI

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REGISTRAR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 1

Motivación 2

770

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. [Redacted]

4. ENTIDAD DE NAC [Redacted]

5. CURP [Redacted]

6. ¿HABLARA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI No Se ignora

7. NACIONALIDAD Mexicana Se ignora Otra

8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted] 8.3 Peso (gramos): [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL [Redacted]

10. RESIDENCIA HABITUAL Antes de fallecer, ¿dónde vivía al fallecido (a)? [Redacted]

10.3 Núm. Estado: [Redacted] 10.4 Núm. Interior: [Redacted] 10.5 Número: [Redacted] 10.6 Nombre: [Redacted]

10.8 Localidad: [Redacted] 10.9 Municipio o delegación: [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): [Redacted]

11. ESCOLARIDAD [Redacted]

11.1 La escolaridad seleccionada es: [Redacted] 12. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted]

12.1 Trabajaba SI No Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD [Redacted]

13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

14. SITIO DONDE SE OCUERRE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA ISSSTE SEDENA Otra unidad pública Unidad médica [Redacted]

14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave [Redacted]

15. DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]

15.3 Municipio Interior: [Redacted] 15.4 Estado: [Redacted] 15.5 Número: [Redacted] 15.6 Nombre del establecimiento humano: [Redacted]

15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: [Redacted] Hora: [Redacted] Minutos: [Redacted]

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI No Se ignora

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI No

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted]

Código CIE [Redacted]

Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa connotada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio 43 días a 11 meses después del parto o aborto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente Homicidio Suicidio Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Área deportiva Vivienda colectiva (edificio, oficina, etc.) Calle o carretera (vía pública) Escuela u oficina pública Área comercial o de servicio Se ignora

22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión: [Redacted]

22.8 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión: [Redacted]

22.9 Núm. Estado: [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior: [Redacted] 22.7.5 Número: [Redacted] 22.7.6 Nombre: [Redacted]

22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

DEL INF.

23. NOMBRE [Redacted]

24. PADRE/ES DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

CANTE

25. CERTIFICADA POR Médico legista Médico legista Otro médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted]

27. NOMBRE [Redacted]

28. FIRMA [Redacted]

SECRETARÍA DE SALUD
ESTADO DE QUERÉTARO
REGISTRO CIVIL

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

LEER LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

2021

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. FECHA DEL FALLECIMIENTO		3. EDAD		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		8. SEXO	
9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL		11. ESCOLARIDAD		12. OBTENCIÓN DE LA DEFUNCIÓN	
13. A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15. MUNICIPIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A MUERTE ACCIDENTAL O VIOLENTA		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
21. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23. NOMBRE DEL INFANTE		24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A)	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		28. FIRMA DEL CERTIFICANTE	



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE DEFUNCION



ESTADO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTON O CREMATOARIO: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS
TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIME

EL COOFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
DR. CAMERNO GARCIA ROQUE



ACTA DE DEFUNCION
INFORMACION
DEL CASO
IA



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



FAMILIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____
LIBRO: _____ ACTA No. _____ LOCALIDAD: _____
MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO: _____ SEXO: _____
NOMBRE: _____ (NOMBRES) _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS _____ NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: _____ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) _____ ESTADO CIVIL: _____
_____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: _____
NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: _____
NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____
LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____
DESTRINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____
UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____
DONDE FALLECIO: _____
CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
B) _____
C) _____

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____
DOMICILIO: _____

DECLARANTE
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS
TESTIGO: _____ DECLARANTE: _____ TESTIGO: _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN S

EL O. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERUNO GARCIA ROQUE



ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE DATOS PERSONALES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
2. Fecha de nacimiento Día Mes Año	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
3. CURP	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. Edad en el momento de la defunción Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años completos	9. ESTADO CONYUGAL	
10. RESIDENCIA HABITUAL 10.1 Tipo de vivienda 10.2 Tipo de propiedad 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	11. La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	13. AFIILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUGERIO LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud: IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>	14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)	
15. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda 15.2 Tipo de propiedad 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PART I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente PART II: Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado morboso que la produjo	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE	
20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 20.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 20.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	21. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	22. ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	24. ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	25. Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
26. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	27. Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
28. La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	29. Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
29. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	29.1 Tipo de vivienda	29.2 Nombre de la vivienda
29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano	29.6 Nombre del asentamiento humano
29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Municipio o delegación
29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	
29.12 Día 29.13 Mes 29.14 Año	29.15 Fecha de certificación	
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO Núm. Libro Núm.	31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad	31.2 Municipio o delegación
31.3 Entidad federativa	31.4 Día 31.5 Mes 31.6 Año	31.7 Fecha de certificación

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL REG. CIVIL		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [REDACTED]	
		2. FECHA DE NACIMIENTO [REDACTED]	
		3. EDAD CUMPLIDA [REDACTED]	
		4. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 Se ignora <input type="radio"/> 99	
		5. ESTADO CONYUGAL <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 Se ignora <input type="radio"/> 99	
		6. EDUCACIÓN <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 Se ignora <input type="radio"/> 99	
		7. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 Se ignora <input type="radio"/> 99	
		8. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 Se ignora <input type="radio"/> 99	
		9. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Angie una sola causa básica de defunción)	
		10. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 Se ignora <input type="radio"/> 99	
		11. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 Se ignora <input type="radio"/> 99	
		12. ANOTE EL DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN DEL PRESUNTO ACCIDENTE, HOMICIDIO O SUICIDIO	
		13. TIPO DE VIALIDAD <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 Se ignora <input type="radio"/> 99	
		14. TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 Se ignora <input type="radio"/> 99	

Art. 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO	<p>1. NOMBRE FALLECIDO: [REDACTED]</p> <p>2. Años cumplidos: 058 Se ignora <input type="radio"/></p> <p>3. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></p> <p>4. ESCOLARIDAD: Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/></p> <p>5. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></p>
DE LA DEFUNCIÓN	<p>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</p> <p>PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo</p> <p>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [REDACTED]</p>
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	<p>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</p> <p>21.1 Especificue si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/></p> <p>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <p>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</p> <p>22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/></p> <p>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></p> <p>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input checked="" type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/></p> <p>22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): [REDACTED]</p> <p>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]</p> <p>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [REDACTED]</p>
DEL CERTIFICANTE	<p>Nombre: [REDACTED]</p> <p>Apellido: [REDACTED]</p> <p>Profesión: [REDACTED]</p> <p>Residencia: [REDACTED]</p> <p>Fecha: [REDACTED]</p> <p>Firma: [REDACTED]</p>
DEL REG. CIVIL	<p>Nombre: [REDACTED]</p> <p>Apellido: [REDACTED]</p> <p>Profesión: [REDACTED]</p> <p>Residencia: [REDACTED]</p> <p>Fecha: [REDACTED]</p> <p>Firma: [REDACTED]</p>



ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCIÓN
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION
HIUM80113HGRDRR00



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 13 DE FEBRERO DE 2019	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 01	ACTA No. 00152	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		

[REDACTED]

FECHA DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]
 LUGAR: VIA PUBLICA [REDACTED]
 DESTINO DEL CADÁVER: [REDACTED]
 UBICACION: LOTE [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]
 TIPO DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]
 NOMBRE DEL MUERTO: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
 NOMBRE: GUERRERO [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

TESTIGOS
 NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 FISCALIA GENERAL DEL ESTADO, INTEGRAL 1, CARPETA DE INVESTIGACION: 12060380500190080219.
 OFICIO NUM.: 1841, IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 9 DE FEBRERO DE 2019.

FIRMAS
 TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
 ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
 LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE



IMPRESADO



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO



ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO		2. APELLIDO	
5. CURP			
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO		<input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra	
11.1 La escolaridad seleccionada es:		12.1 ¿Hablaba?	
<input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input checked="" type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora		<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
<input checked="" type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			
<input type="radio"/> Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad <input type="radio"/> Unidad médica			
14.1 Nombre de la Unidad médica			
14.2 ¿Vía pública o lugar?			
<input checked="" type="radio"/> Pública <input type="radio"/> Otro lugar			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ			
15.3 Núm. Exterior: 15.4 Núm. Interior			
15.7 Código Postal			
15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			
<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora			
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa antecedente)			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: <input type="radio"/> El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio		<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(a)	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:			
22.1 Fue un presunto		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	
<input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora		<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(a)	
<input type="radio"/> Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública		<input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad	
22.7.3 Núm. Exterior: 22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad	
22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa	
25. ¿FUE DEFUNCIÓN NATURAL?			
<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO			
26. ¿FUE DEFUNCIÓN NATURAL?			
<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
31.1 Acta Núm.		32.1 Localidad	
		32.2 Municipio o delegación	
		32.3 Entidad federativa	
		32.4 Día: Mes: Año:	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAI

Art. 113
Fracc. I
LFTAI

Motivación 1

Motivación 2



7219

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
INTEGRAL 1

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]
OFICIO NÚM.: [REDACTED]

[REDACTED]

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
PRESENTE.

Por este conducto notifico a Usted, del fallecimiento de la persona del sexo [REDACTED] que en vida respondió al nombre de [REDACTED] de quien informo lo siguiente:

Nombre: [REDACTED]

Edad: [REDACTED]

Ocupación: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Padres: [REDACTED]

Nacionalidad: [REDACTED]

Estado Civil: [REDACTED]

Originario: [REDACTED]

Instrucción: [REDACTED]

Lugar del deceso: [REDACTED]

Fecha del deceso: [REDACTED]

Causa de Muerte: [REDACTED]

Médico que dictaminó: [REDACTED]

Lugar de inhumación: [REDACTED]

Lo que comunico a Usted, para los efectos legales correspondientes a que haya lugar

ATENTAMENTE

[REDACTED]



150

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS ACTA DE DEFUNCION

[Redacted Content]

EL C. OFICIAL NO. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA BOQUE

SELO DE LA
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO



1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [REDACTED] Apellido [REDACTED]

2. EDAD [REDACTED] (Estranjero) DAD Se ignora

3. ESTADO CIVIL En unión libre Divorciado(a) Soltero(a) Se ignora

4. TIEMPO DE VIDA Para menores de un año Para menores de un mes Para menores de un día Para menores de una hora Para personas de un año o más Años cumplidos Meses Días Horas Minutos Se ignora

5.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 6.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):

DEL FALLECIDO



13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA Se ignora

13.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Unidad médica Otra unidad 14.1 Nombre de la unidad médica [REDACTED] Vía pública Otro lugar



15. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evitar señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfena, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [REDACTED] b) [REDACTED] c) [REDACTED] d) [REDACTED]	PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo e) [REDACTED] f) [REDACTED]	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 5 MIN 6 DIAS 10 DIAS 15 AÑOS 20 AÑOS	Código CIE <input type="checkbox"/>
--	--	---	-------------------------------------

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS:

21.1 ¿Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

22.1 Fue un presunto: Accidente Homicidio Suicidio Se ignora 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Área deportiva Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Calle o carretera (vía pública) Escuela u oficina pública Área comercial o de servicio Área industrial (taller, fábrica u obra) Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

22.5 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión de presunto accidente, homicidio o suicidio



DEL REG.

DEL CERTIFICANTE

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO: Núm. Libro Núm. 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad 32.2 Municipio o delegación 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAI Art. 113 Fracc. I LFTAI

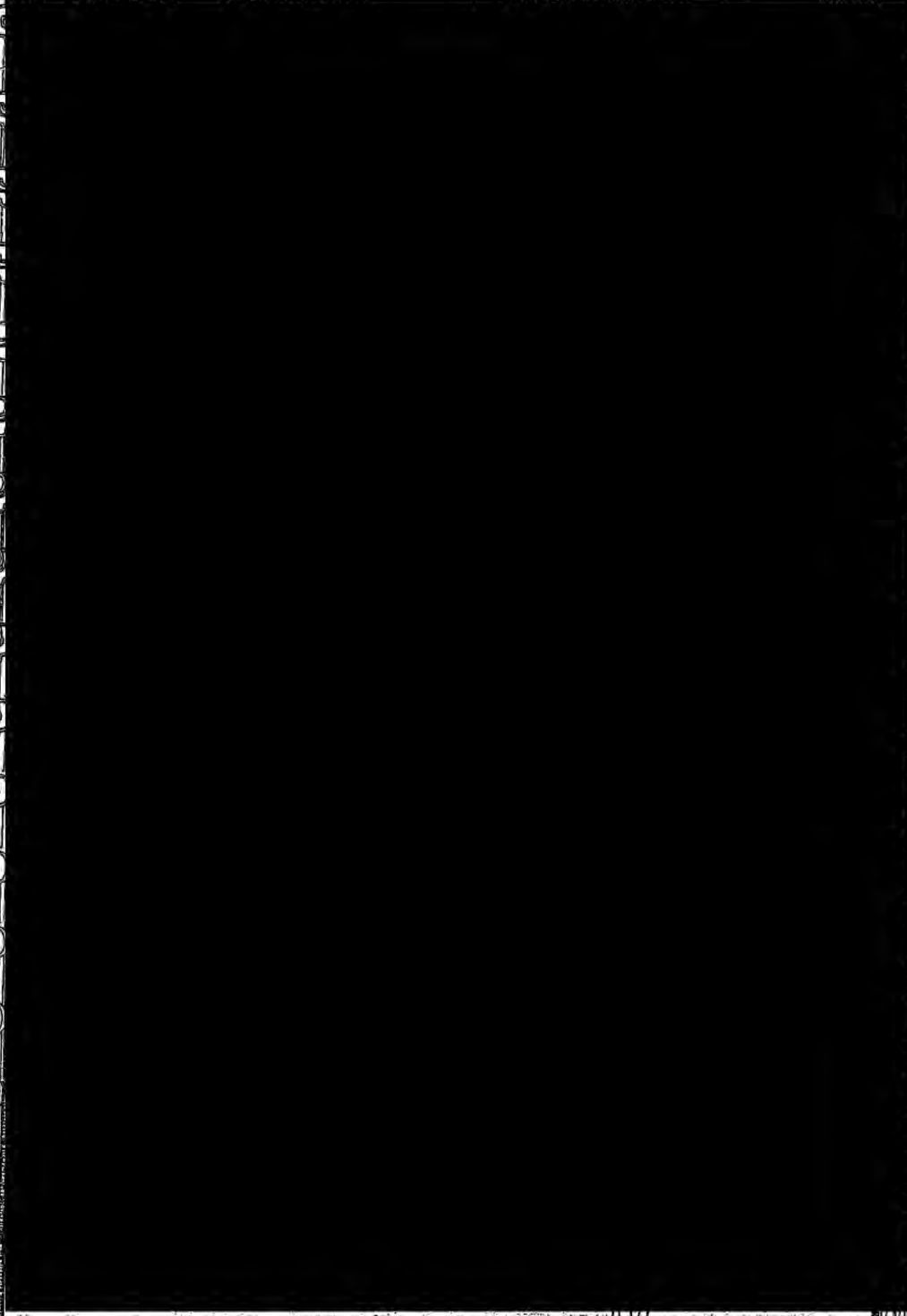
ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 1

Motivación 2

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS RELIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES



EL C. OFICIAL No. 81 DEL REGISTRO CIVIL
LIG. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA

SELLO DE LA OFICINA



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA DETENER EL ACTA DE L...
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN...
 DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO (A) [REDACTED]

Nombre(s) [REDACTED] Primer Apellido [REDACTED] Segundo Apellido [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO [REDACTED] Se ignora 9

8. EDAD CUMPLIDA

Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos 79 Se ignora 9

Para menores de 28 días anote:

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) 6 Viudo(a) 2 Casado(a) 5

11. ESCOLARIDAD

Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5

Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1 Incompleta 2

12. OCUPACIÓN [REDACTED] Se ignora 99

12.1 Trabajaba SI 1 No 2 Se ignora 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 4 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8

IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99

13.1 Número de seguridad social o afiliación:

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7

IMSS 2 ISSSTE 4 SEDENA 5 Otra unidad 9

Unidad médica

14.1 Nombre de la unidad médica:

Vía pública 10 Otro lugar 12

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Causas antecedentes

Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

d)

pero cardíaco, asfénia, etc.)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

El código de la causa básica de defunción

Código CIE

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

22.1 Fue un presunto

Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1 No 2 Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular 0 Área deportiva 3

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4

Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5

Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tiene el presunto agresor con el(los) fallecido(s)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad 22.7.2 Nombre de la vialidad

22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano

22.7.6 Nombre del asentamiento humano

22.7.7 Código Postal

DEL REG. CIVIL

OFICIALIA O JUZGADO

Núm. Libro Núm.

31.1 Acta Núm.

32.1 Localidad

32.2 Municipio o delegación

32.3 Entidad federativa

32.4 Día Mes Año

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
GAS0980307HGRRNS02



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 13 DE FEBRERO DE 2019	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 01	ACTA No. 00153	

MUNICIPIO: [REDACTED]
 ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]
 PAIS: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]
 LUGAR: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]
 UBICACION: [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
 NOMBRE DEL MEDICO: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
 NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
 NOMBRE: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA FUE LEIDA EN VOZ ALTA POR EL OFICIALIA EN PRESENCIA DE LOS TESTIGOS Y DEL DECLARANTE, LOS CUALES MANIFIESTAN QUE EL CONTENIDO DE LA MISMA ES VERDADERO Y CONFORME A LA REALIDAD.

FIRMAS
 TESTIGO: [REDACTED] DECLARANTE: [REDACTED] TESTIGO: [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO, EL DECLARANTE Y LOS TESTIGOS MANIFIESTAN QUE EL CONTENIDO DE LA MISMA ES VERDADERO Y CONFORME A LA REALIDAD.

EL C. OFICIALIA No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
 LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA
 [REDACTED]



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]
2. [Redacted]
3. [Redacted]
4. [Redacted]
5. [Redacted]
6. CURP [Redacted]
7. LENGUA INDÍGENA [Redacted]
8. NACIONALIDAD [Redacted]
9. [Redacted]

11. ESCOLARIDAD
Ninguna [Redacted] Preescolar [Redacted] Primaria [Redacted] Secundaria [Redacted]
Bachillerato o preparatoria [Redacted] Profesional [Redacted] Posgrado [Redacted] Se ignora [Redacted]
11.1 La escolaridad seleccionada es: [Redacted]

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
Ninguna [Redacted] ISSSTE [Redacted] SEDENA [Redacted] Seguro Popular [Redacted]
IMSS [Redacted] PEMEX [Redacted] SEMAR [Redacted] IMSS PROSPERA [Redacted] Se ignora [Redacted]
13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
Secretaría de Salud [Redacted] IMSS [Redacted] PEMEX [Redacted] SEMAR [Redacted]
14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]
Vía pública [Redacted] Otro lugar [Redacted]

[Redacted]

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón)
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
El embarazo [Redacted] El parto [Redacted] El puerperio [Redacted]
43 días a 11 meses después del parto o aborto [Redacted] No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte [Redacted]
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? [Redacted]
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? [Redacted]
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente [Redacted] Homicidio [Redacted] Suicidio [Redacted] Se ignora [Redacted]
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? [Redacted]
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular [Redacted] Área deportiva [Redacted] Calle o carretera (vía pública) [Redacted] Escuela u oficina pública [Redacted] Área industrial (taller, fábrica u obra) [Redacted] Granja (rancho o parcela) [Redacted] Otro [Redacted] Se ignora [Redacted]
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Redacted]

22.5 Especifique brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]
22.7.2 Nombre de la vitalidad [Redacted]
22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]
22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]
22.7.8 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

DEL INF. [Redacted]
DEL CERTIFICANTE [Redacted]

DEL REG. CIVIL
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]
31.1 Acta Núm. [Redacted]
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad [Redacted]
32.2 Municipio o delegación [Redacted]
32.3 Entidad federativa [Redacted]
32.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Presab: Original
11/02/14
Señor Carlos Corrales M.



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
INTEGRAL 2

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]

OFICIO NÚM.: [REDACTED]

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

[REDACTED]

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO
PRESENTE.

POR ESTE CONDUCTO NOTIFICO A USTED, DEL FALLECIMIENTO DE LA PERSONA
DEL SEXO [REDACTED] QUE EN VIDA RESPONDIÓ AL NOMBRE DE [REDACTED]
[REDACTED] DE QUIEN INFORMO LO SIGUIENTE:

NOMBRE: [REDACTED]

EDAD: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

OCUPACIÓN: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

PADRES: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

ORIGINARIO: [REDACTED]

INSTRUCCIÓN: [REDACTED]

[REDACTED]



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
INTEGRAL 2

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]

OFICIO NÚM.: [REDACTED]

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

[REDACTED]

LUGAR DEL DECESO: [REDACTED]

FECHA DEL DECESO: [REDACTED]

CAUSA DE MUERTE: [REDACTED]

MÉDICO QUE DICTAMINÓ: [REDACTED]

LUGAR DE INHUMACIÓN: [REDACTED]

LO QUE COMUNICO A USTED, PARA LOS EFECTOS LEGALES CORRESPONDIENTES A QUE HAYA LUGAR.

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO
ATENTAMENTE

[REDACTED]

DISTRITO JUD. DE PROAULA,
UNIDAD

[REDACTED]



REGISTRO CIVIL

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
NARR551123MGRVBS06



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 21 DE FEBRERO DE 2019	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 01	ACTA No. 00191	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

MUNICIPIO
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

FINADO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NAC: [REDACTED]

LUGAR DE NAC: [REDACTED]

DOMICILIO HA: [REDACTED]

(LOCALIDAD)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR: ISBTE

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]

UBICACION: PRIMERA CLASE

DONDE FALLECIO: BOUL

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICA LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDUL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACION: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

FIRMAS

[REDACTED SIGNATURES]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVIERON Y BAHEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2019

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO		[REDACTED]	
2. FECHA DE NACIMIENTO		[REDACTED]	
3. [REDACTED]		[REDACTED]	
4. [REDACTED]		[REDACTED]	
5. [REDACTED]		[REDACTED]	
6. [REDACTED]		[REDACTED]	
7. [REDACTED]		[REDACTED]	
8. [REDACTED]		[REDACTED]	
9. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Fille en los espacios de la columna de la izquierda el código de la enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [REDACTED]		6 AÑOS	
b) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		10 AÑOS	
c) [REDACTED]		01 MES	
d) [REDACTED]		03 AÑOS	
PARTE II Otros estados patológicos, significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad 22.7.2 Nombre de la vialidad	
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asamblea humana	

EN REEMPLAZO DEL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORTAMENTE A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO
 DE LA DEFUNCIÓN
 MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS
 DEL INF.
 DEL CERTIFICANTE
 DEL REG. CIVIL

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
 FOLIO

ENVIAR EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. EDAD CUMPLIDA
 Para menores de una hora: Minutos
 Para menores de un día: Horas
 Para menores de un mes: Días
 Para menores de un año: Meses
 Para personas de un año o más: Años

3. ESTADO CONYUGAL
 Casado(a) Viudo(a) Soltero(a) Separado(a) Divorciado(a) Se ignora

4. PARA MUJERES DE 28 DÍAS ANTES DEL PARTO
 4.2 Semanas de gestación: [Redacted]
 4.3 Peso (gramos): [Redacted]

5. DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I
 Enfermedad, lesión o estado psicológico que produjo la muerte directa/hechura

Causas antecedentes
 Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

6. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS QUE AL MOMENTO DE OCURRER LA MUERTE ESTUVO EMBARAZADA

7. SI LA MUJER FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA

8. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO:

9. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN LA OFICINA O JUZGADO

10. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

11. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN LA OFICINA O JUZGADO

12. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

31.1 Acta Núm. [Redacted]
 Motivación 1

32.1 Localidad [Redacted]
 32.2 Año, día y hora de inscripción [Redacted]
 32.3 Protocolo de inscripción [Redacted]
 Motivación 2



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO



ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
	2. FECHA DE NACIMIENTO		Nació en el extranjero		NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	GUMPLIDA Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes	
	Para menores de un año		Para personas de un año o más			
DE LA DEFUNCIÓN	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento		8.2 Semanas de gestación		8.3 Peso (gramos)	
	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Vuido(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5					
	11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL			
	Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5		Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
	Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7		IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10		Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN					
	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6		Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN					
	15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad			
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		
15.6 Nombre del asentamiento humano		15.8 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa		
15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa		16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		
SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 9		17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		
SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Código CIE		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		Código CIE				
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)		
22.1 Fue un presunto		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6		
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4		
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7		
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		Otro <input type="radio"/> 8		
22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior		Se ignora <input type="radio"/> 9		
22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano				
DEL REG. CIVIL	OFICIALIA O JUZGADO		32.1 Localidad			
	Núm. Libro Núm.		32.2 Municipio o delegación			
	31.1 Acta Núm.		32.3 Entidad federativa		32.4 Día Mes Año	

Art. 110
Frac. V, VII
LFTAI

Motivación 1

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 113
Frac. I
LFTAI

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
RETE091128HGRYDMG3



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 26 DE FEBRERO DE 2019	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 02	ACTA No. 00207	ENTIDAD FEDERATIVA

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[REDACTED]

FIRMAS

DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO

ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROGUE

FIRMA



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. FECHA DE NACIMIENTO		5. CORP		6. ¿HABLARA ALGUNA		7. NACIMIENTO		
	Primer Apellido		Segundo Apellido		Si nació en el extranjero		Se ignora <input type="radio"/>		Especifique		
DE LA DEFUNCIÓN	COMPLIDA de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes		Para menores de un año		Para personas de un año o más		
	Minutos		Horas		Días		Meses		Años		
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL		Separado(a) <input type="radio"/>		Viudo(a) <input type="radio"/>	
						En unión libre <input type="radio"/>		Divorciado(a) <input type="radio"/>		Soltero(a) <input type="radio"/>	
								Casado(a) <input checked="" type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Código CIE						
	PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debidamente (causa de)										
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) Debidamente (o como consecuencia de) c) Debidamente (o como consecuencia de) d)											
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo											
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		Código CIE			
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>							
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)							
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>							
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio									
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad							
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano							
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO								
	Núm. _____, Libro Núm. _____ 31.1 Acte Núm. _____		32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____		32.3 Entidad federativa _____		32.4 Día _____ Mes _____ Año _____				

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2011.1
FOLIO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	ANTONIO	LARA	
	Nombre(s)	Apellido	Segundo apellido
2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	

5. Añade el domicilio permanente donde vivía el fallecido (s)

16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I
Determinar lesión o enfermedad que condujo a la muerte definitiva.

CELEBRACIÓN DE LA DEFUNCIÓN
 Causas antecedentes:
 Expiración espontánea, si existiera historia, que produjera la causa congnada o no.
 Transición que no tiene lugar la causa básica.

PARTE II
Causas relacionadas con la muerte.

17. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS?

El parto No estuvo embarazada en el momento de la muerte

18. ¿LA MUJER PUEDE ACCIDENTAL O VOLUNTARIO?

Si No

19. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

20. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

21. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

22. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

23. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

24. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

25. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

26. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

27. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

28. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

29. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

30. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

31. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

32. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

33. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

34. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

35. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

36. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

37. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

38. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

39. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

40. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

41. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

42. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

43. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

44. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

45. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

46. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

47. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

48. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

49. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

50. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

51. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

52. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

53. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

54. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

55. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

56. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

57. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

58. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

59. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

60. ¿Ocurrió en el domicilio?

Si No

DEL REG. CIVIL

61. OFICINA O JUZGADO

62. LOCALIDAD Y FECHA DE REGISTRO

63. ENTIDAD FEDERATIVA

64. PAÍS

65. MOTIVACIÓN

66. MOTIVACIÓN

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

ANTES ACCIDENTAL O VOLUNTARIO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

Motivación 1

Motivación 2

Pantones



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
CUOT360819MGRVCR03

OFICIALIA
FECHA DE REGISTRO:
28 DE FEBRERO DE 2019



TIRO DE DEFUNCION

NOMBRE DEL MEDICO

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: 636080

DOMICILIO:

NOMBRE:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO:

PARENTESCO:

OCCUPACION:

NOMBRE:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO:

NOMBRE:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO: MANERA NACIONAL NO. 42, COL. CENTRO, IQUALA, QUERRERO

OCCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES:
PRESENTO REQUISITOS

FIRMAS

TESTIGO
DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICARON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMIERON
EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GRO.
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL

92
08.1.70

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [REDACTED]

2. [REDACTED]

3. [REDACTED]

4. [REDACTED]

5. [REDACTED]

6. [REDACTED]

7. [REDACTED]

8. [REDACTED]

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) 5, Viudo(a) 2, Casado(a) 5

10. [REDACTED]

11. ESCOLARIDAD: Ninguna 1, Preescolar 12, Primaria 3, Secundaria 5, Bachillerato o preparatoria 7, Profesional 8, Posgrado 10, Se ignora 99

12. [REDACTED]

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna 1, ISSSTE 3, SEDENA 5, Seguro Popular 7, Otra 8, IMSS 2, PEMEX 4, SEMAR 6, IMSS PROSPERA 10, Se ignora 99

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud 1, IMSS 3, PEMEX 5, SEMAR 7, IMSS PROSPERA 2, ISSSTE 4, SEDENA 6, Otra unidad pública 8, Unidad médica privada 9

15. [REDACTED]

16. [REDACTED]

17. [REDACTED]

18. [REDACTED]

19. [REDACTED]

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1, El parto 2, El puerperio 3, 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si 1, No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si 1, No 2

22. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente 1, Homicidio 2, Suicidio 3, Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si 1, No 2, Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1, Escuela u oficina pública 2, Área deportiva 3, Calle o carretera (vía pública) 4, Área comercial o de servicio 5, Área Industrial (taller, fábrica u obra) 6, Granja (rancho o parcela) 7, Otro 8, Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda, 22.7.2 Nombre de la vivienda, 22.7.3 Núm. Exterior, 22.7.4 Núm. Interior, 22.7.5 Tipo de asentamiento humano, 22.7.6 Nombre del asentamiento humano

31.1 Acta Núm. [REDACTED]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad [REDACTED], 32.2 Municipio o delegación [REDACTED], 32.3 Entidad federativa [REDACTED], 32.4 Día [REDACTED], 32.5 Mes [REDACTED], 32.6 Año [REDACTED]

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 06 DE MARZO DE 2019	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ACTA No. 00235	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO		

[REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]
 LUGAR: OTRO LUGAR [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]
 UBICACION: DEPARTAMENTO [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: CAUSA [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE [REDACTED]
 NOMBRE [REDACTED]
 NO. DE C [REDACTED]
 DOMICILIO [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 OCUPACION: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____
 SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
 ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
 LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE



ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]

Segundo Apellido [Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Se ignora [Redacted]

11.1 La escolaridad seleccionada es:

Ninguna 1 Prescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5

Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99 Completa 1 Incompleta 0

13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 0

IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7

IMSS PROSPERA 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8 Unidad médica privada 9

14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]

Via pública 10 Otro lugar 11

Se ignora 0

15. CAUSAS DE LA MUERTE

15.1 La enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [Redacted]

15.2 Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeran la causa mencionada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b) [Redacted]

c) [Redacted]

d) [Redacted]

15.3 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

16. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3

14 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

SI 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

SI 1 No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

17. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

22.1 Fue un presunto

Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

SI 1 No 2 Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular 0 Área deportiva 3

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4

Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5

Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) lesionado(s)

Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8

22.5 La defunción fue registrada en el Municipio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

[Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión, el presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted]

22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

31.1 Acta Núm. [Redacted]

31.2 Acta Núm. [Redacted]

31.3 Acta Núm. [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

32.1 Localidad [Redacted]

32.2 Municipio o delegación [Redacted]

32.3 Entidad federativa [Redacted]

32.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

29.11 Teléfono [Redacted]

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Fracc. I LFTAIP

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OCIGUADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
 FOLIO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

2. Sexo: Masculino Femenino

3. Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Separado(a)

4. Nivel de Instrucción: Primaria Secundaria Superior

5. Ocupación: Trabajador No Se ignora

6. Nivel de Preparación: Ninguna Profesional Posgrado Se ignora

7. Tipo de Preparación: Completa Incompleta

8. Aprobación de Exámenes: Ninguna IMSS PEMEX SEMAR ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra Se ignora

9. 13.1 Número de seguridad social o afiliación

10. ¿El mismo nombre sucedió la defunción? Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR

11. 14.1 Nombre de la unidad médica: _____

12. 14.2 Nombre de la unidad médica: _____

13. 14.3 Nombre de la unidad médica: _____

14. 14.4 Nombre de la unidad médica: _____

15. 14.5 Nombre de la unidad médica: _____

16. 14.6 Nombre de la unidad médica: _____

17. 14.7 Nombre de la unidad médica: _____

18. 14.8 Nombre de la unidad médica: _____

19. 14.9 Nombre de la unidad médica: _____

20. 14.10 Nombre de la unidad médica: _____

21. 14.11 Nombre de la unidad médica: _____

22. 14.12 Nombre de la unidad médica: _____

23. 14.13 Nombre de la unidad médica: _____

24. 14.14 Nombre de la unidad médica: _____

25. 14.15 Nombre de la unidad médica: _____

26. 14.16 Nombre de la unidad médica: _____

27. 14.17 Nombre de la unidad médica: _____

28. 14.18 Nombre de la unidad médica: _____

29. 14.19 Nombre de la unidad médica: _____

30. 14.20 Nombre de la unidad médica: _____

11. NOMBRE DEL FALLECIDO

12. NOMBRE DEL FALLECIDO

13. NOMBRE DEL FALLECIDO

14. NOMBRE DEL FALLECIDO

15. NOMBRE DEL FALLECIDO

16. NOMBRE DEL FALLECIDO

17. NOMBRE DEL FALLECIDO

18. NOMBRE DEL FALLECIDO

19. NOMBRE DEL FALLECIDO

20. NOMBRE DEL FALLECIDO

21. NOMBRE DEL FALLECIDO

22. NOMBRE DEL FALLECIDO

23. NOMBRE DEL FALLECIDO

24. NOMBRE DEL FALLECIDO

25. NOMBRE DEL FALLECIDO

26. NOMBRE DEL FALLECIDO

27. NOMBRE DEL FALLECIDO

28. NOMBRE DEL FALLECIDO

29. NOMBRE DEL FALLECIDO

30. NOMBRE DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO

2. NOMBRE DEL FALLECIDO

3. NOMBRE DEL FALLECIDO

4. NOMBRE DEL FALLECIDO

5. NOMBRE DEL FALLECIDO

6. NOMBRE DEL FALLECIDO

7. NOMBRE DEL FALLECIDO

8. NOMBRE DEL FALLECIDO

9. NOMBRE DEL FALLECIDO

10. NOMBRE DEL FALLECIDO

11. NOMBRE DEL FALLECIDO

12. NOMBRE DEL FALLECIDO

13. NOMBRE DEL FALLECIDO

14. NOMBRE DEL FALLECIDO

15. NOMBRE DEL FALLECIDO

16. NOMBRE DEL FALLECIDO

17. NOMBRE DEL FALLECIDO

18. NOMBRE DEL FALLECIDO

19. NOMBRE DEL FALLECIDO

20. NOMBRE DEL FALLECIDO

21. NOMBRE DEL FALLECIDO

22. NOMBRE DEL FALLECIDO

23. NOMBRE DEL FALLECIDO

24. NOMBRE DEL FALLECIDO

25. NOMBRE DEL FALLECIDO

26. NOMBRE DEL FALLECIDO

27. NOMBRE DEL FALLECIDO

28. NOMBRE DEL FALLECIDO

29. NOMBRE DEL FALLECIDO

30. NOMBRE DEL FALLECIDO

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS:

21.1 ¿Fue durante el embarazo? Sí No

21.2 ¿Fue durante el parto o puerperio? Sí No

21.3 ¿Fue durante el embarazo, parto o puerperio? Sí No

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

22.1 ¿Fue accidental o violenta? Sí No

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Área deportiva Vivienda colectiva Calle o carretera Escuela u oficina pública Área comercial o de servicio Área industrial Granja Otro Se ignora

22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)

22.5 ¿La defunción fue registrada en el Libro de Defunciones? Sí No

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:

22.7.1 Tipo de vialidad

22.7.2 Nombre de la vialidad

22.7.3 Núm. Exterior

22.7.4 Núm. Interior

22.7.5 Tipo de asentamiento humano

22.7.6 Nombre del asentamiento humano

23. NOMBRE DEL FALLECIDO

24. NOMBRE DEL FALLECIDO

25. NOMBRE DEL FALLECIDO

26. NOMBRE DEL FALLECIDO

27. NOMBRE DEL FALLECIDO

28. NOMBRE DEL FALLECIDO

29. NOMBRE DEL FALLECIDO

30. NOMBRE DEL FALLECIDO

Art. 110 Frase V. V. LFTAIP

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

33. TELEFONO

34. DIA

35. MES

36. AÑO

Motivación 1

Motivación 2

ENTRADA DEL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

Art. 110 Frase V. V. LFTAIP



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION
RUIAJ54081DHGRDRR07



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 04 DE MARZO DE 2019	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 02	ACTA No. 00225	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		FINADO

NOMBRE: [REDACTED]
 FECHA DE NAC: [REDACTED]
 LUGAR DE NAC: [REDACTED]
 DOMICILIO HAB: [REDACTED]
 NOMBRE DEL C: [REDACTED]
 NOMBRE DEL P: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION:
 LUGAR: HOGAR
 DESTINO DEL CADAVER:
 UBICACION: LOTE 464, SECC
 DONDE FALLECIO: CALL
 CAUSAS DE LA MUERTE:

TIPO DE [REDACTED]
 NOMBRE [REDACTED]
 NO. DE C [REDACTED]
 DOMICILIO [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONAL [REDACTED]
 DOMICILIO [REDACTED]

PARENTESCO:
 OCUPACION:

NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONAL [REDACTED]
 DOMICILIO [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONAL [REDACTED]
 DOMICILIO [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES.
PRESENTO REQUISITOS.-

FIRMAS [REDACTED]
 DECLARANTE [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU NOMBRE EN

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRD.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FORMULARIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS DELIRADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

Apellido [Redacted]

2. EDAD
 CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos
 Para menores de 28 días anote:
 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento [Redacted]

3. RESIDENCIA HABITUAL
 Anote el domicilio permanente donde vivía el [Redacted]

10.3 Núm. Folio [Redacted]

10.7 Código [Redacted]

11. ESCOLARIDAD
 Ninguna [Redacted]

Nivel de escolaridad: Secundaria [Redacted]

12. AFINIDAD A ORGANIZACIONES DE SALUD
 Ninguna [Redacted] ISSSTE [Redacted] SEDENA [Redacted] Seguro Popular [Redacted] IMSS [Redacted] PEMEX [Redacted] SEMAR [Redacted] IMSS PROSPERA [Redacted]

13. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
 Secretaría de Salud [Redacted] IMSS [Redacted] PEMEX [Redacted] SEMAR [Redacted] Unidad médica [Redacted] 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Tipo de unidad: Pública [Redacted] Hogar [Redacted] 14.3 Otro lugar [Redacted]

15. Domicilio donde sucedió la defunción [Redacted]

15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.7 Código Postal [Redacted]

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted]

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?
 SI [Redacted] No [Redacted] Se ignora [Redacted]

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
 SI [Redacted] No [Redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
a) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente [Redacted]	7 días	[Redacted]
b) Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica [Redacted]	6 meses	[Redacted]
c) [Redacted]	1 año	[Redacted]
d) [Redacted]		

PARTE II
 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
 Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
 El embarazo [Redacted] El parto [Redacted] El puerperio [Redacted]
 10 días a 11 meses después del parto o aborto [Redacted] No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte [Redacted]

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?
 SI [Redacted] No [Redacted]

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
 SI [Redacted] No [Redacted]

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:
 22.1 Fue un presunto: Accidente [Redacted] Homicidio [Redacted] Suicidio [Redacted] Se ignora [Redacted]

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?
 SI [Redacted] No [Redacted] Se ignora [Redacted]

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión:
 Vivienda particular [Redacted] Área deportiva [Redacted] Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) [Redacted] Calle o carretera (vía pública) [Redacted] Escuela u oficina pública [Redacted] Área comercial o de servicio [Redacted] Área industrial (taller, fábrica u obra) [Redacted] Granja (rancho o parcela) [Redacted] Otro [Redacted] Se ignora [Redacted]

22.4 Anota la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vivienda [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vivienda [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.6 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

Art. 110 Acta Núm. [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] Frac. I Año [Redacted]

Art. 113 Frac. I Año [Redacted]

Atención: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

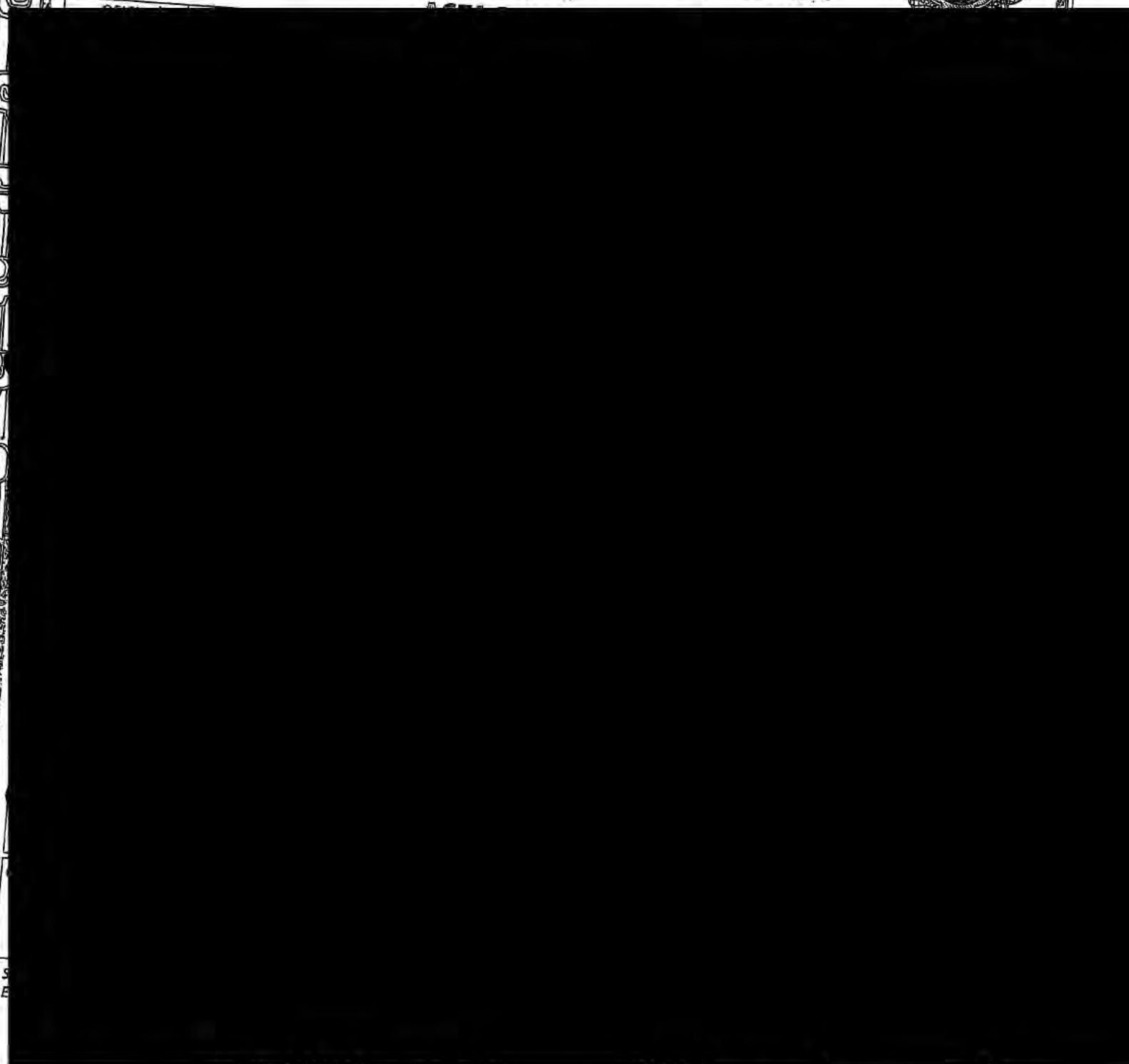
Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE GUERRERO, COMO
OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL, CERTIFICO Y HAGO CONSTAR
QUE EN LOS ARCHIVOS QUE OBRAN EN ESTA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL,
SE ENCUENTRA ASENTADA UN ACTA DE DEFUNCIÓN EN LA CUAL SE
CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS:



COTEJO: MGG.

NOMBRE Y FIRMA

[Handwritten signature]





SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

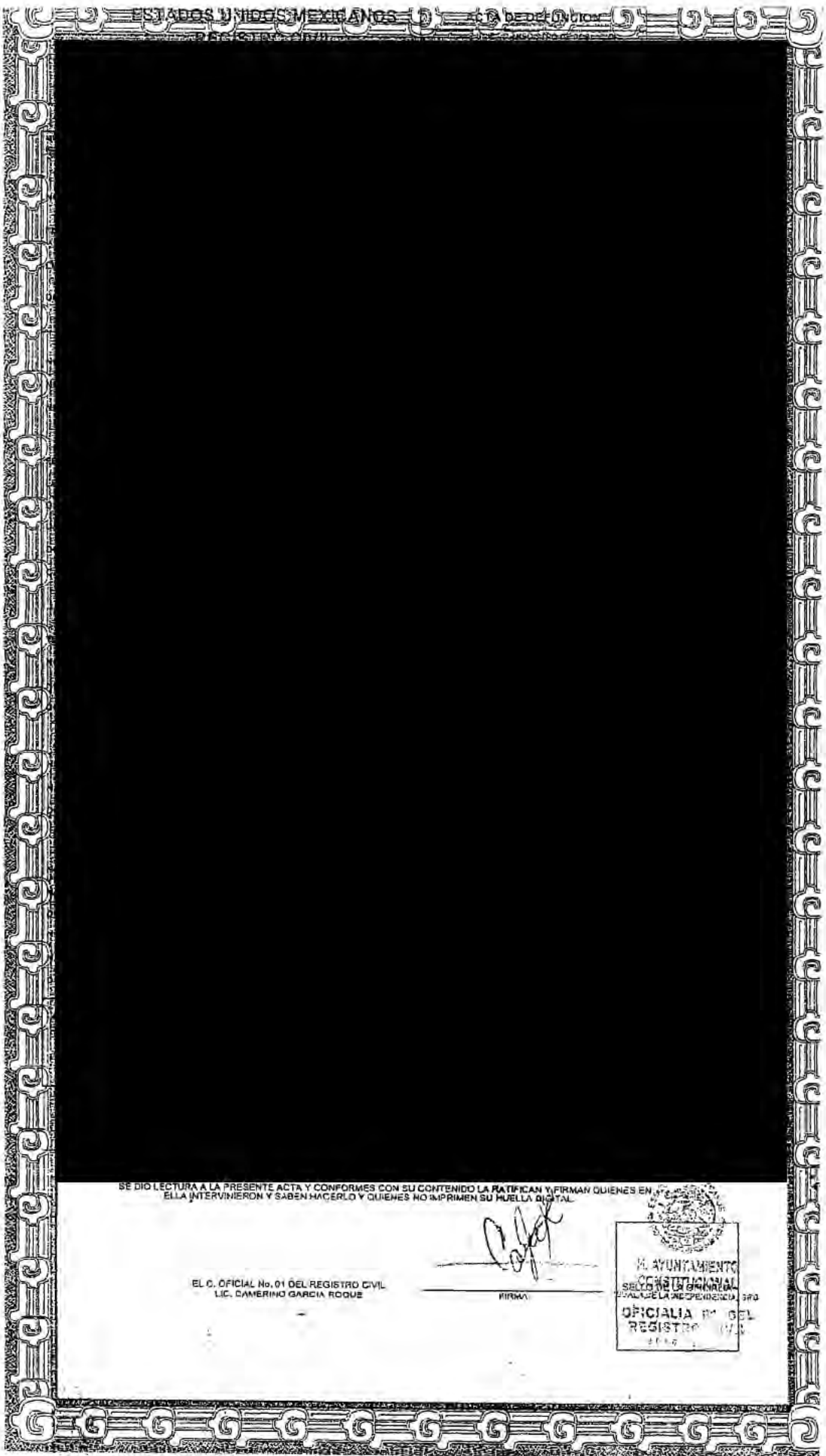
MODELO 2017.1
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTRADA DE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

<p>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)</p> <p>[Redacted]</p>	<p>[Redacted]</p> <p>[Redacted]</p>
<p>2. ESCOLARIDAD</p> <p>Ninguna <input type="radio"/> 1 Preacolor <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 9g</p>	<p>11.1 La escolaridad seleccionada es:</p> <p>[Redacted]</p>
<p>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</p> <p>Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10</p>	<p>9. ESTADO CONYUGAL</p> <p>Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 8 Casado(a) <input type="radio"/> 5</p>
<p>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</p> <p>Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7</p>	<p>14.1 Nombre de la unidad médica</p> <p>[Redacted]</p>
<p>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</p> <p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>[Redacted]</p> <p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo</p> <p>[Redacted]</p>	<p>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</p> <p>Código CIE</p> <p>1 día 18 años 31 años 1 año 12 años</p>
<p>21. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ DURANTE EL EMBARAZO O EL PARTO</p> <p>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante el embarazo o parto <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3</p> <p>21.2 Si la muerte ocurrió durante el parto o puerperio, ¿fue antes, durante o después del parto o aborto? <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5</p>	<p>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</p> <p>22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión</p> <p>Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Granje (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)</p> <p>[Redacted]</p>
<p>MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS</p> <p>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]</p> <p>22.6 Descripción brevemente de la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</p> <p>[Redacted]</p>	<p>22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</p> <p>22.7.1 Tipo de vivienda: [Redacted]</p> <p>22.7.2 Nombre de la vivienda: [Redacted]</p> <p>22.7.3 Num. Exterior: [Redacted] 22.7.4 Num. Interior: [Redacted]</p> <p>22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted]</p> <p>22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted]</p> <p>22.7.7 Código Postal: [Redacted] 22.7.8 Localidad: [Redacted]</p> <p>22.7.9 Municipio o delegación: [Redacted]</p>
<p>DEL INF.</p> <p>[Redacted]</p>	<p>DEL CERTIFICANTE</p> <p>[Redacted]</p>
<p>Art. Fra.</p> <p>[Redacted]</p>	<p>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</p> <p>[Redacted]</p>
<p>Motivación 1</p> <p>[Redacted]</p>	<p>Motivación 2</p> <p>[Redacted]</p>



SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA RODRIGUEZ

[Handwritten signature]
FIRMA



INTERESADO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

6. EDAD CUMPLIDA

Para menores de una hora

Para menores de un día

Para menores de un mes

Para menores de un año

Para personas de un año o más

Años cumplidos

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:

8.2 Semanas de gestación:

8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL

Separado(a) 6

Viudo(a) 2

Casado(a) 5

Soltero(a) 1

Se ignora 9

10. RESIDENCIA HABITUAL

11. ESCOLARIDAD

Ninguna 1

Preescolar 12

Primaria 3

Secundaria 5

Bachillerato o preparatoria 7

Profesional 8

Posgrado 10

Se ignora 99

11.1 La escolaridad seleccionada es:

Completa 1

Incompleta 2

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada recuadro. Excluir causas de asistencias, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a)

Causas antecedentes
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b)
c)
d)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

24 hrs

3 días

15 años

Código CIE

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1

El parto 2

El puerperio 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto 4

No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?
SI 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
SI 1 No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidente 1

Homicidio 2

Suicidio 3

Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?
SI 1 No 2 Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular 0

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1

Escuela u oficina pública 2

Área deportiva 3

Calle o carretera (vía pública) 4

Área comercial o de servicio 5

Área Industrial (taller, fábrica u obra) 6

Granja (rancho o parcela) 7

Otro 8

Se ignora 9

22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vivienda

22.7.2 Nombre de la vivienda

22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior

22.7.5 Tipo de asentamiento humano

22.7.6 Nombre del asentamiento humano

22.7.7 Código Postal

22.7.8 Localidad

22.7.9 Municipio o delegación

DEL REG. CIVIL

DEL CERTIFICANTE

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

Núm. _____, Libro Núm. _____

31.1 Acta Núm. _____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

32.1 Localidad _____

32.2 Municipio o delegación _____

29.10 Entidad federativa _____

29.11 Teléfono _____

32.3 Entidad federativa _____

32.4 Día _____ Mes _____ Año _____

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCION

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 3ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION
 LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION EN POSESION DE LOS PARTICULARES
 DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCION

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		[REDACTED]	
13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> _1_ ISSSTE <input type="radio"/> _3_ SEDEHA <input type="radio"/> _5_ Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> _7_ Otro <input type="radio"/> _8_ IMSS <input type="radio"/> _2_ PEMEX <input type="radio"/> _4_ SEMAR <input type="radio"/> _6_ IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _10_ En Ignom <input type="radio"/> _99_	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION		Dependía de <input type="radio"/> _1_ IMSS <input type="radio"/> _2_ PEMEX <input type="radio"/> _3_ SEMAR <input type="radio"/> _4_	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCION		Parte I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. Parte II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo.	
21. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 64 AÑOS		21.1 ¿Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> _1_ El parto <input type="radio"/> _2_ El puerperio <input type="radio"/> _3_	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA; ESPECIFIQUE		22.1 ¿Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> _1_ Homicidio <input type="radio"/> _2_ Suicidio <input type="radio"/> _3_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA; ESPECIFIQUE		23.1 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
24. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA; ESPECIFIQUE		24.1 ¿Ocurrió en: Vivienda particular <input type="radio"/> _1_ Vivienda colectiva (estio, ornato, etc.) <input type="radio"/> _2_ Escuela u oficina pública <input type="radio"/> _3_	
25. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA; ESPECIFIQUE		25.1 ¿Ocurrió en: Área deportiva <input type="radio"/> _1_ Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> _2_ Área comercial o de servicio <input type="radio"/> _3_	
26. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA; ESPECIFIQUE		26.1 ¿Ocurrió en: Área industrial (taller, fábrica u otra) <input type="radio"/> _1_ Granja (ranchito o parcelita) <input type="radio"/> _2_ Otro <input type="radio"/> _3_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
27. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA; ESPECIFIQUE		27.1 ¿Ocurrió en: Área industrial (taller, fábrica u otra) <input type="radio"/> _1_ Granja (ranchito o parcelita) <input type="radio"/> _2_ Otro <input type="radio"/> _3_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
31. LA DEFUNCION FUE INSURTA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ 32.5 Mes _____ 32.6 Año _____	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Apellido

(Apellido)

Se ignora

Especifique

de una hora Minutos de un día Horas de un mes Días de un año Meses de un año o más Años cumplidos

0 8 2

Se ignora

Para menores de 20 días anoto:

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento;

8.2 Semanas de gestación;

8.3 Paso (gramos);

9. ESTADO CONYUGAL

Separado(a)

Viudo(a)

Casado(a)

10. RESIDENCIA

Anote el domicilio

10.9 Municipio o delegación

10.10 Entidad federativa

11. ESCOLARIDAD

Ninguna

Prescolar

Primaria

Secundaria

11.1 La escolaridad seleccionada es:

Bachillerato o preparatoria

Profesional

Posgrado

Se ignora

Completa

Incompleta

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna

ISSSTE

SEDENA

Seguro Popular

Otra

IMSS

PEMEX

SEMAR

IMSS PROSPERA

Se ignora

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Causas antecedentes

Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

1 semana

1 semana

15 días

13 días

Código CIE

a)

b)

c)

d)

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo

El parto

El puerperio

No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

SI

No

21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

SI

No

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

22.1 Fue un presunto

Accidente

Homicidio

Suicidio

Se ignora

22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

SI

No

Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular

Área deportiva

Calle o carretera (vía pública)

Área comercial o de servicio

Área industrial (taller, fábrica u obra)

Granja (rancho o parcela)

Otro

Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de viabilidad

22.7.2 Nombre de la viabilidad

22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior

22.7.5 Tipo de asentamiento humano

22.7.6 Nombre del asentamiento humano

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO

Núm. Libro Núm.

31.1 Acta Núm.

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

32.1 Localidad

32.2 Municipio o delegación

29.10 Entidad federativa

29.11 Teléfono

32.3 Entidad federativa

32.4 Día

Mes Año

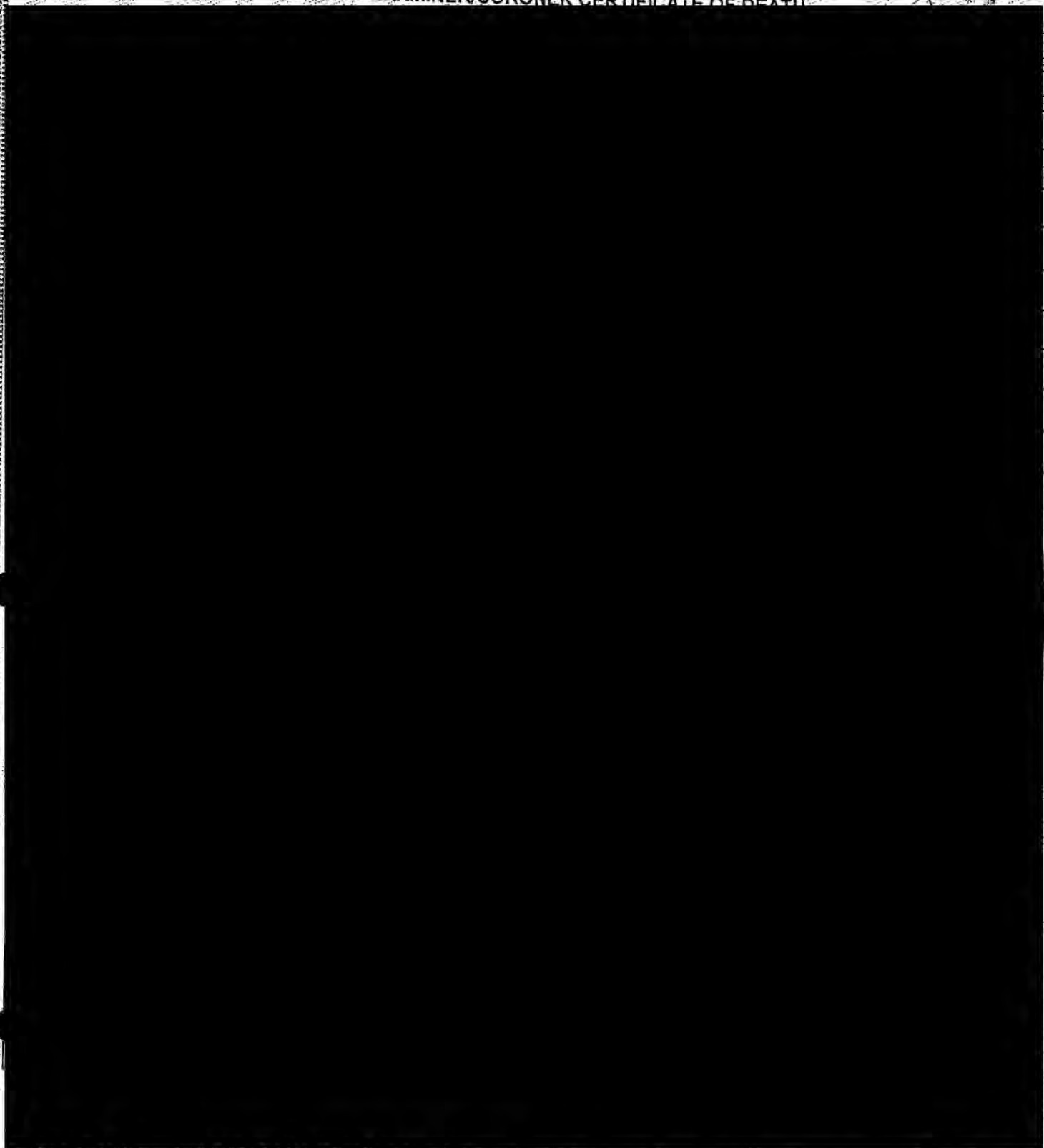
Art 110 Fracc. V, VII LFTAI

Motivación 1

Motivación 2

CERTIFICATION OF DEATH RECORD

COOK COUNTY CLERK VITAL RECORDS
CHICAGO, ILLINOIS
MEDICAL EXAMINER/CORONER CERTIFICATE OF DEATH



This is to certify that this is a true and correct copy from the official death record filed with the Illinois Department of Public Health.



Karen A. Yarbrough
Cook County Clerk



ANY ALTERATION OF ERASURE VOIDS THIS CERTIFICATE

REGISTRO CIVIL

DIGJ841129HGRRZV01



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	FECHA DE REGISTRO 20 DE MARZO DE 2019
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ACTA No. 00297
	LOCALIDAD IGUALA
	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

NOMBRE: [REDACTED]
 FECHA: [REDACTED]
 LUGAR: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED]
 FECHA DE: [REDACTED]
 LUGAR: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATO: [REDACTED]
 UBICACION: LOTE [REDACTED]
 LUGAR DONDE FALLECIO: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]
 TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
 NOMBRE DEL MEDICO: [REDACTED]
 E. DE CED: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE: [REDACTED]
 PARENTESCO: [REDACTED]
 OCUPACION: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 FISCALIA GENERAL DEL ESTADO. INTEGRAL 2. CARPETA DE INVESTIGACION: 12060380100414150319.
 OFICIO NUM.: 3665. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 15 DE MARZO DE 2019.

FIRMAS

TESTIGO: [REDACTED] DECLARANTE: [REDACTED] TESTIGO: [REDACTED]
 SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CO...
 EN LA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO...
 TESTIGOS EN: [REDACTED]

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
 LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

Formulario de Certificado de Defunción with sections: I. NOMBRE DEL FALLECIDO(A), II. RESIDENCIA HABITUAL, III. ESCOLARIDAD, IV. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD, V. SITO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN, VI. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN, VII. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN, VIII. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS, IX. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, X. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS, XI. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, XII. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS, XIII. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, XIV. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS.

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REEMPLAZAR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
INTEGRAL 2

CARPETA DE INVESTIGACIÓN: [REDACTED]

OFICIO NÚM.: [REDACTED]

ASUNTO: INFORME A REGISTRO

[REDACTED]

LUGAR DEL DECESO: [REDACTED]

FECHA DEL DECESO: [REDACTED]

CAUSA DE MUERTE: [REDACTED]

MÉDICO QUE DICTAMINÓ: [REDACTED]

LUGAR DE INHUMACIÓN: [REDACTED]

LO QUE COMUNICO A USTED. PARA LOS EFECTOS LEGALES CORRESPONDIENTES A QUE HAYA LUGAR.

ATENTAMENTE

LA AC [REDACTED]

[REDACTED]

SECRETARÍA DE JUSTICIA
FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO

[REDACTED]



12-03

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
INTEGRAL 2

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]

OFICIO NÚM.: [REDACTED]

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

[REDACTED]

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
ESCALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO
PRESENTE.

DISTRITO JUD. DE HONOLULU
HAWAII

POR ESTE CONDUCTO NOTIFICO A USTED, DEL FALLECIMIENTO DE LA PERSONA DEL SEXO [REDACTED] QUE EN VIDA RESPONDIÓ AL NOMBRE DE [REDACTED] DE QUIEN INFORMO LO SIGUIENTE:

NOMBRE: [REDACTED]

EDAD: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

Ocupación: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

PADRES: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

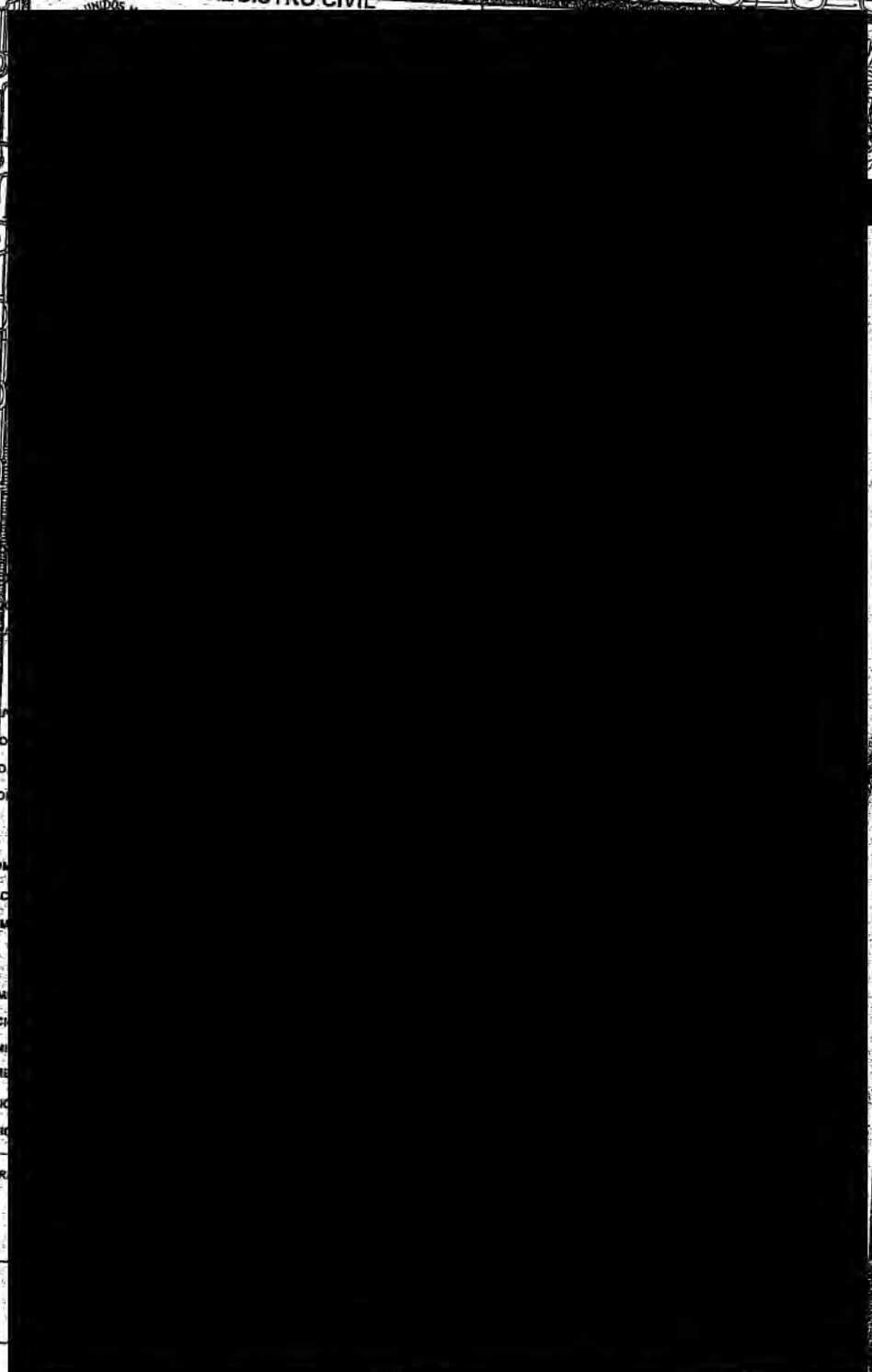
ESTADO CIVIL: [REDACTED]

ORIGINARIO: [REDACTED]

INSTRUCCIÓN: [REDACTED]

[REDACTED]

704



SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

TESTIGO

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

[Handwritten Signature]
FIRMA



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

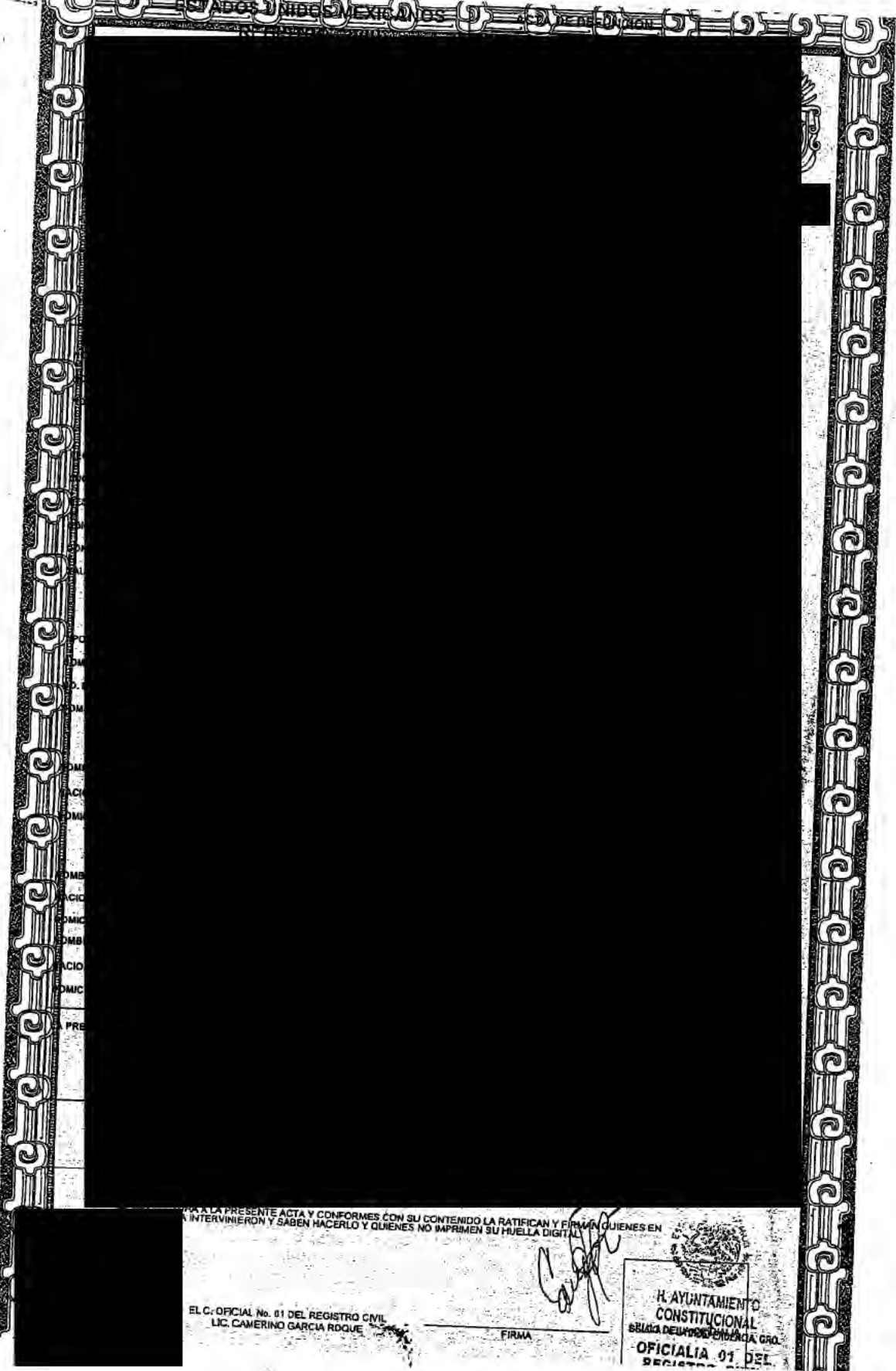
FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) 2.		
	Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 11		
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6		
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad <input type="radio"/> 8		
	15.		
	16.		
	19. Causa de defunción (anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
	PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica. Debido a (o como consecuencia de)	5 días	
	PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo.		
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9
	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
	22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	22.7.1 Tipo de vitalidad	22.7.2 Número de habitantes
	31.1 Acta Núm.	31.2 Localidad	31.3 Municipio o delegación
	32.1 Localidad	32.2 Municipio o delegación	32.3 Entidad federativa
	32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año

766



...A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
 ...INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
 LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA

[Handwritten signature]



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FORM

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

2. FECHA DE NACIMIENTO

7. NACIONALIDAD

3. Sexo

4. Estado de nacimiento

5. Fecha del Certificado de Nacimiento

6. Nivel de escolaridad

7. Filiación o servicios de salud

8. Sitio donde sucedió la defunción

9. Causas de la defunción

10. Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años

11. Si la muerte fue accidental o violenta, especifique

12. Si la defunción fue registrada en el Registro Público con el acta número

13. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

14. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

15. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

16. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

17. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

18. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

19. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MORTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL PRESUNTO ACCIDENTE

DEL PRESUNTO ACCIDENTE

DEL PRESUNTO ACCIDENTE

DEL PRESUNTO ACCIDENTE

11.1 La escolaridad seleccionada es: Ninguna Preescolar Primaria Secundaria 5 Se ignora 99

11.2 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta Se ignora 99

12. Filiación o servicios de salud: Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA Se ignora 99

13. Sitio donde sucedió la defunción: Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Se ignora 99

19. Causas de la defunción (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de muerte indirectos)

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente:	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
Crisis o ataques agudos. Estrechos aludidos, si existiera causa, que produjo la causa mencionándose en último lugar la causa hasta:	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
Otros resultados patológicos, negativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo:	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

21.1 Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años, especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí No

22. Si la muerte fue accidental o violenta, especifique:

22.1 Fue en presunto: Asesinato Homicidio Suicidio Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión:

Vivienda particular	Área deportiva
Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)	Calle o carretera (vía pública)
Escuela u oficina pública	Área comercial o de servicio
	Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Área Industrial (taller, fábrica u obra) Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vitalidad

32.2 Municipio o delegación

32.3 Entidad federativa

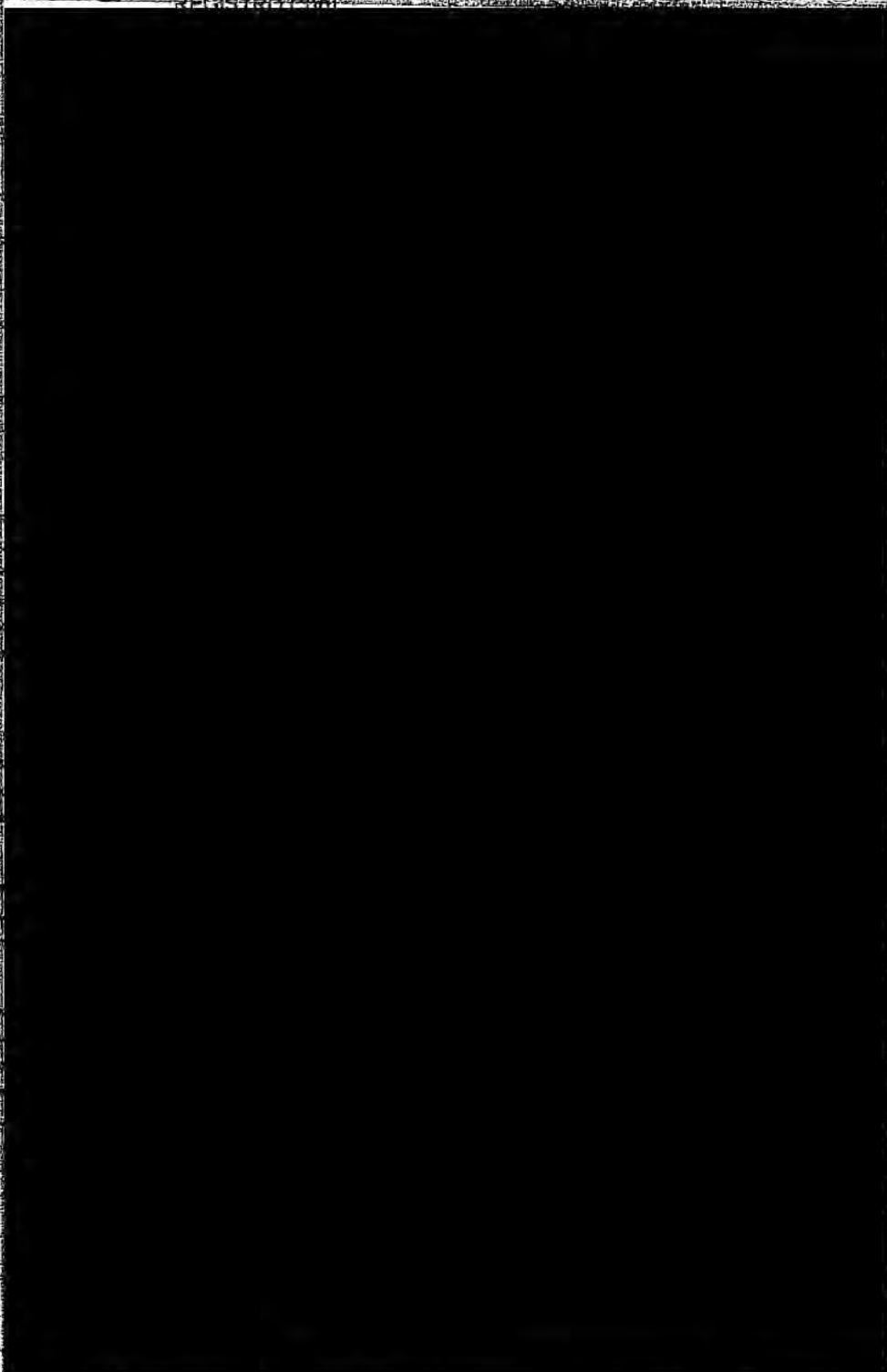
32.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

Art 110 Fracc. V, VII LFTAIP Art 113 Fracc. I Ley del Registro Civil

Motivación 1

Motivación 2

760



SE DIÓ LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINERON Y SAREN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL



EL C. OFICIN. NÚM. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA RODRIGUEZ

FIRMA



INTERESADO

SECRETARÍA DE SALUD
 CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES



ENTREGUE EL ORIGINAL LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN SU POSIBILIDAD
 DE SUJETOS INDICADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN SU POSIBILIDAD DE SUJETOS INDICADOS

NOMBRE DEL FALLECIDO: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

13. APLICACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD: ASISTENTE SEDENA SEMAR

14. SI O CÓMO OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: [REDACTED]

17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: [REDACTED]

18. DIFERENCIA ENTRE LA DEFUNCIÓN Y LA MUERTE: [REDACTED]

19. DIFERENCIA ENTRE LA DEFUNCIÓN Y LA MUERTE: [REDACTED]

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: [REDACTED]

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

24. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

25. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

26. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

27. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

28. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

29. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

30. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

31. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

32. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

33. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

34. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

35. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

36. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

37. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

38. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

39. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

40. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

41. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

42. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

43. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

44. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

45. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

46. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

47. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

48. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

49. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

50. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

51. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

52. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

53. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

54. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

55. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

56. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

57. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

58. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

59. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

60. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

61. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

62. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

63. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

64. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

65. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

66. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

67. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

68. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

69. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

70. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

71. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

72. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

73. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

74. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

75. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

76. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

77. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

78. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

79. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

80. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

81. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

82. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

83. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

84. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

85. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

86. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

87. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

88. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

89. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

90. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

91. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

92. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

93. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

94. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

95. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

96. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

97. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

98. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

99. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

100. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: [REDACTED]

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO



1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. Sexo: Masculino Femenino

3. Estado civil: Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Separado(a) Otro

4. Fecha de nacimiento: [Redacted] en el extranjero

5. Para menores de 28 días antes:
6.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]

6.2 Semanas de gestación: [Redacted]

6.3 Peso (gramos): [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL: Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Otro

11. ESCOLARIDAD

11.1 La escolaridad seleccionada es: [Redacted]

11.2 Completa Incompleta Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: ISSSTE SEDENA Seguro Popular IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA Se ignora

13.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Via pública Otro lugar

15. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

15.1 Parte I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. [Redacted]

15.2 Causas intercurrentes: [Redacted]

15.3 Parte II: Otros estados patológicos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo. [Redacted]

16. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS? Sí No

17. ¿Espectáculo si la muerte ocurrió durante:
El embarazo El parto El puerperio

18. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí No

19. ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí No

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Redacted]

21. ¿LA MUJER FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

21.1 Fue un presunto: Asesinato Homicidio Suicidio Se ignora

21.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí No Se ignora

21.3 ¿La lesión ocurrió en:
Vivienda particular Área deportiva Vivienda colectiva Calle o carretera Escuela u oficina pública Área comercial o de servicio Área industrial Granja Otro Se ignora

21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): [Redacted]

21.5 ¿La defunción fue registrada en el Registro Público con el Acta número: [Redacted]

21.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

21.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

21.8 Tipo de vivienda: [Redacted]

21.9 Nombre de la vivienda: [Redacted]

21.10 Tipo de asentamiento humano: [Redacted]

21.11 Nombre del asentamiento humano: [Redacted]

22. MOTIVACIÓN 1: [Redacted]

22. MOTIVACIÓN 2: [Redacted]

23. MOTIVACIÓN 3: [Redacted]

24. MOTIVACIÓN 4: [Redacted]

25. MOTIVACIÓN 5: [Redacted]

26. MOTIVACIÓN 6: [Redacted]

27. MOTIVACIÓN 7: [Redacted]

28. MOTIVACIÓN 8: [Redacted]

29. MOTIVACIÓN 9: [Redacted]

30. MOTIVACIÓN 10: [Redacted]

31. MOTIVACIÓN 11: [Redacted]

32. MOTIVACIÓN 12: [Redacted]

33. MOTIVACIÓN 13: [Redacted]

34. MOTIVACIÓN 14: [Redacted]

35. MOTIVACIÓN 15: [Redacted]

36. MOTIVACIÓN 16: [Redacted]

37. MOTIVACIÓN 17: [Redacted]

38. MOTIVACIÓN 18: [Redacted]

39. MOTIVACIÓN 19: [Redacted]

40. MOTIVACIÓN 20: [Redacted]

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 1

Motivación 2



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

	8.1 Fecha del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/>	
DEL FALLECIDO	10. Años de vida: 10.1 10.2 10.3 10.4 10.5 10.6 10.7 10.8 10.9 10.10 10.11 10.12 10.13 10.14 10.15 10.16 10.17 10.18 10.19 10.20			
	11. Educación: Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. Incestos: Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS: Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>			
DE LA DEFUNCIÓN	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de muerte, circunstancias, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) b) c) d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: e) f)			
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		21.1 ¿La defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	21.2 ¿Las causas anotadas son complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
	22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	22.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a):	
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:			
	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:			
	22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:		22.7.1 Tipo de violencia:	
	22.7.2 Nombre de la violencia:			
DEL REG. CIVIL	31.3 Acta Hórn:			
	32.2 Municipio o delegación:		32.3 Entidad federativa:	
	32.4 Día:		32.5 Mes:	
	32.6 Año:			

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

REGISTRO CIVIL

DEAJ360328HGRLLN04



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
FECHA DE REGISTRO
28 DE MARZO DE 2018

ACTA No.
00320

LOCALIDAD
IGUALA

ENTIDAD FEDERATIVA
GUERRERO



MUNICIPIO
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR:

DOMICILIO:

NOMBRE DEL CONYUGE:

NOMBRE DEL PADRE:

NOMBRE DE LA MADRE:

FECHA DE DEFUNCION:

LUGAR: HOGAR

DESTINO DEL CADAVER:

UBICACION: LOTE 1864

ORDEN NO.:

LUGAR DONDE FALLECIO:

CAUSAS DE LA MUERTE:

LUGAR DE DEFUNCION:

NOMBRE DEL MEDICO:

TIPO DE CEDULA:

DOMICILIO:

DECLARANTE

NOMBRE:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO:

TESTIGOS

NOMBRE:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO:

NOMBRE:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO: SAN

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES



SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA



ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NO FA [Redacted]

5. [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI No Se ignora

7. NACIONALIDAD Mexicana Otra Especifique

8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos 82 Se

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: Para menores de 28 días anote: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL En unión libre Separado(a) Divorciado(a) Soltero(a) Casa Se li

DEL FALLECIDO

11.1 La escolaridad seleccionada es: Ninguna Preescolar Primaria Secundaria Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora Completa Incompleta

12. OCUPACIÓN 12.1 Trabajaba SI No Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA Se ignora

13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR IMSS 14.1 Nombre de la unidad médica Unidad Vía pública

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

Debido a (o como consecuencia de)

Debido a (o como consecuencia de)

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Cód

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio 43 días a 11 meses después del parto o aborto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No

20. CAUSA BÁSICA DE DEF Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente Homicidio Suicidio Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicio Área Industrial (taller, fábrica u obra) Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora

22.4 Anotar la relación que ten presunto agresor con el(los) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad 22.7.2 Nombre de la vialidad 22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono Día Mes Añ

Art. 11 Fracc. VII LFTAIP

Art. 113 Fracc. I LFTAIP

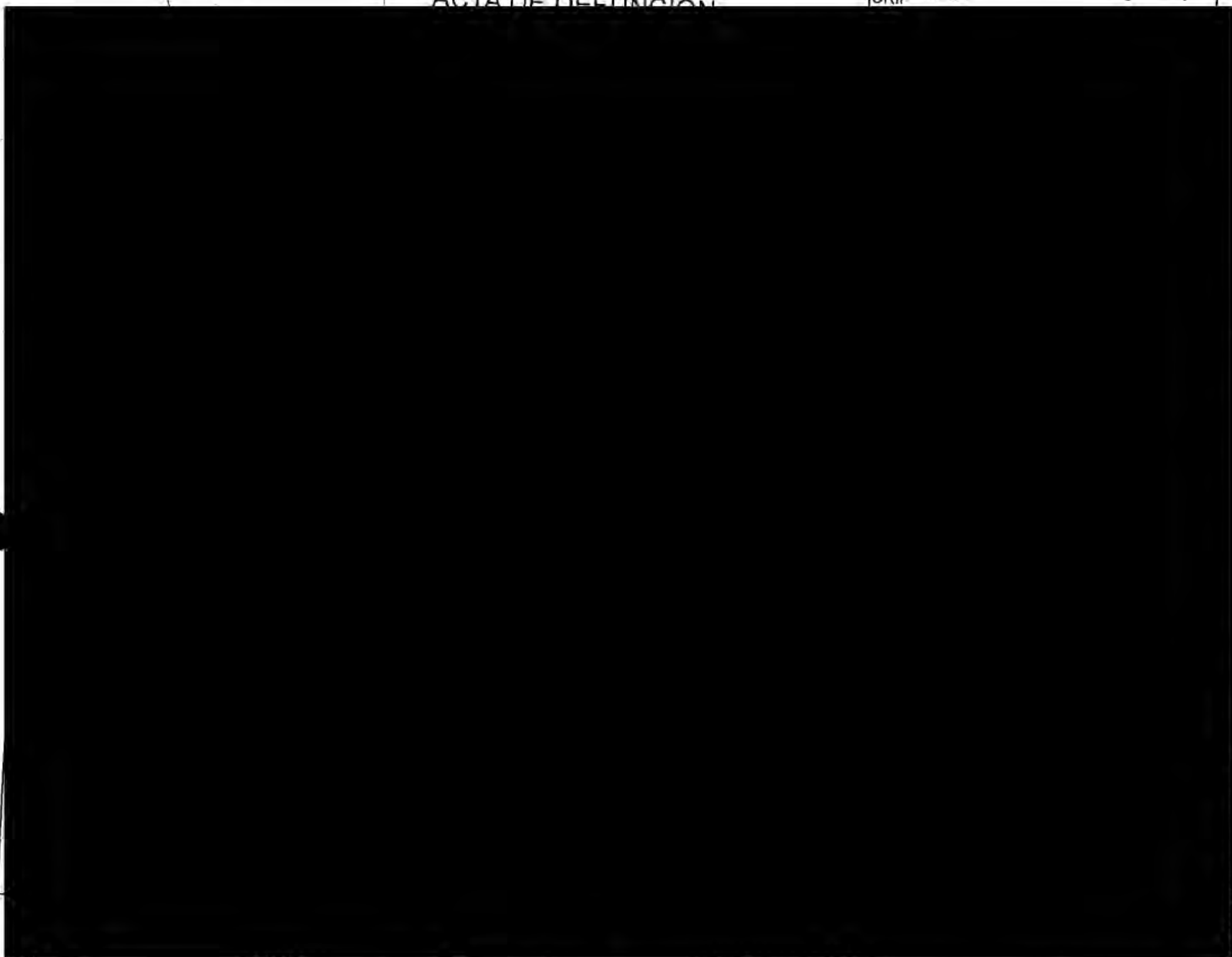
Motivación 1

Motivación 2

En nombre del Gobierno del Estado de Morelos y como Oficial del Registro Civil de este lugar, hago saber a los que la presente vieren, y certifico que en el Libro Número [redacted] del Registro Civil, que es a mi cargo, a la foja [redacted] se encuentran asentados los datos siguientes:

ACTA DE DEFUNCION

CRIP



usento oficial 01 del Registro
ica que los datos de la persona
penden en todas sus ho
sigua con su original que lo



FECHA DE EXPEDICION

LIC. JOKSAN ADONAY GAMA FLORES
EL C.OFICIAL 01 DEL REGISTRO CIVIL

Certificación que se expide
en EMILIANO ZAPATA, MO.

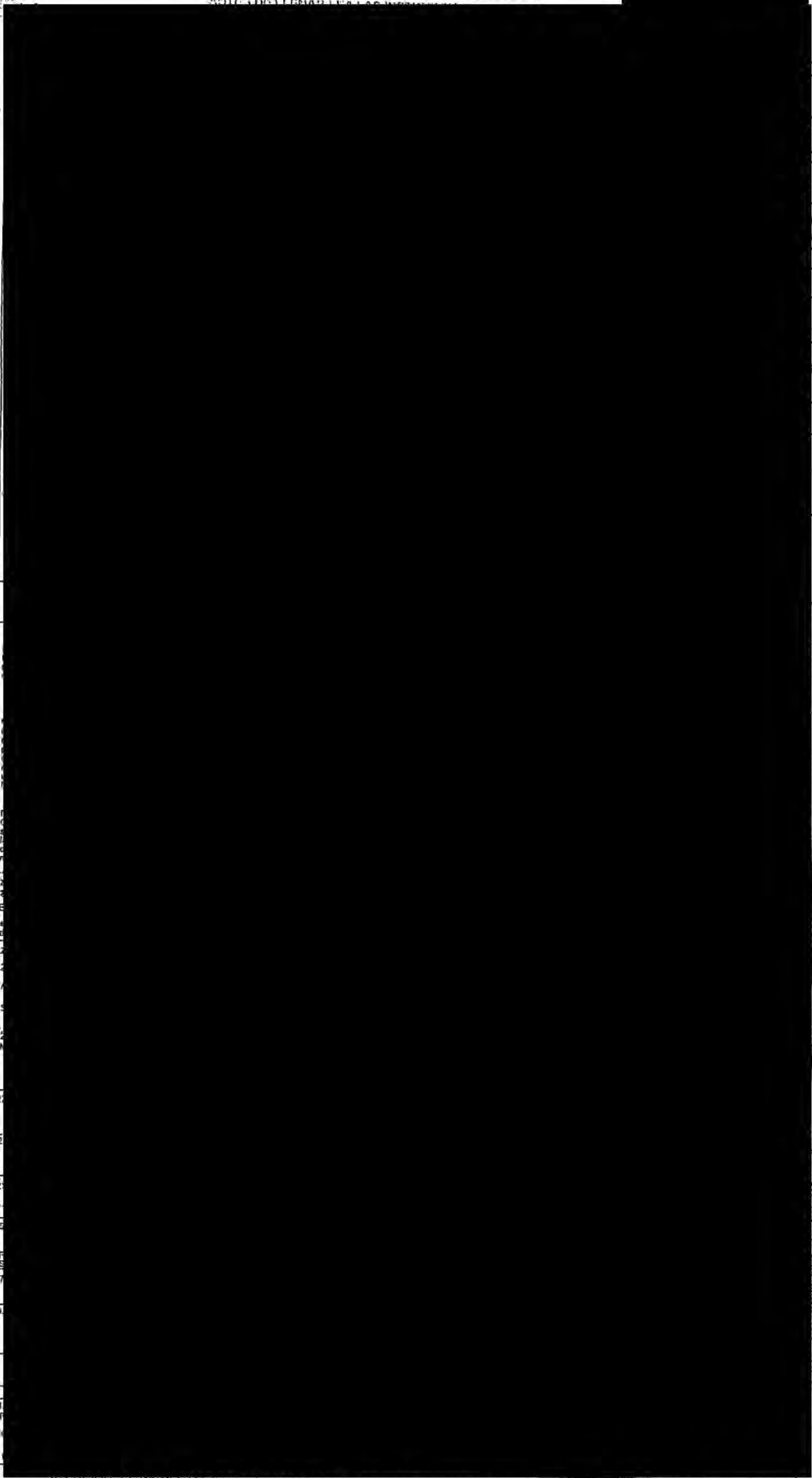
SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL REG. CIVIL	DEL CERTIFICANTE	DEL INF.	MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	DE LA DEFUNCIÓN	DEL FALLECIDO
31	27	25			
30	26	24			
29	25	23			
28	24	22			
27	23	21			
26	22	20			
25	21	19			
24	20	18			
23	19	17			
22	18	16			
21	17	15			
20	16	14			
19	15	13			
18	14	12			
17	13	11			
16	12	10			
15	11	9			
14	10	8			
13	9	7			
12	8	6			
11	7	5			
10	6	4			
9	5	3			
8	4	2			
7	3	1			



7-16

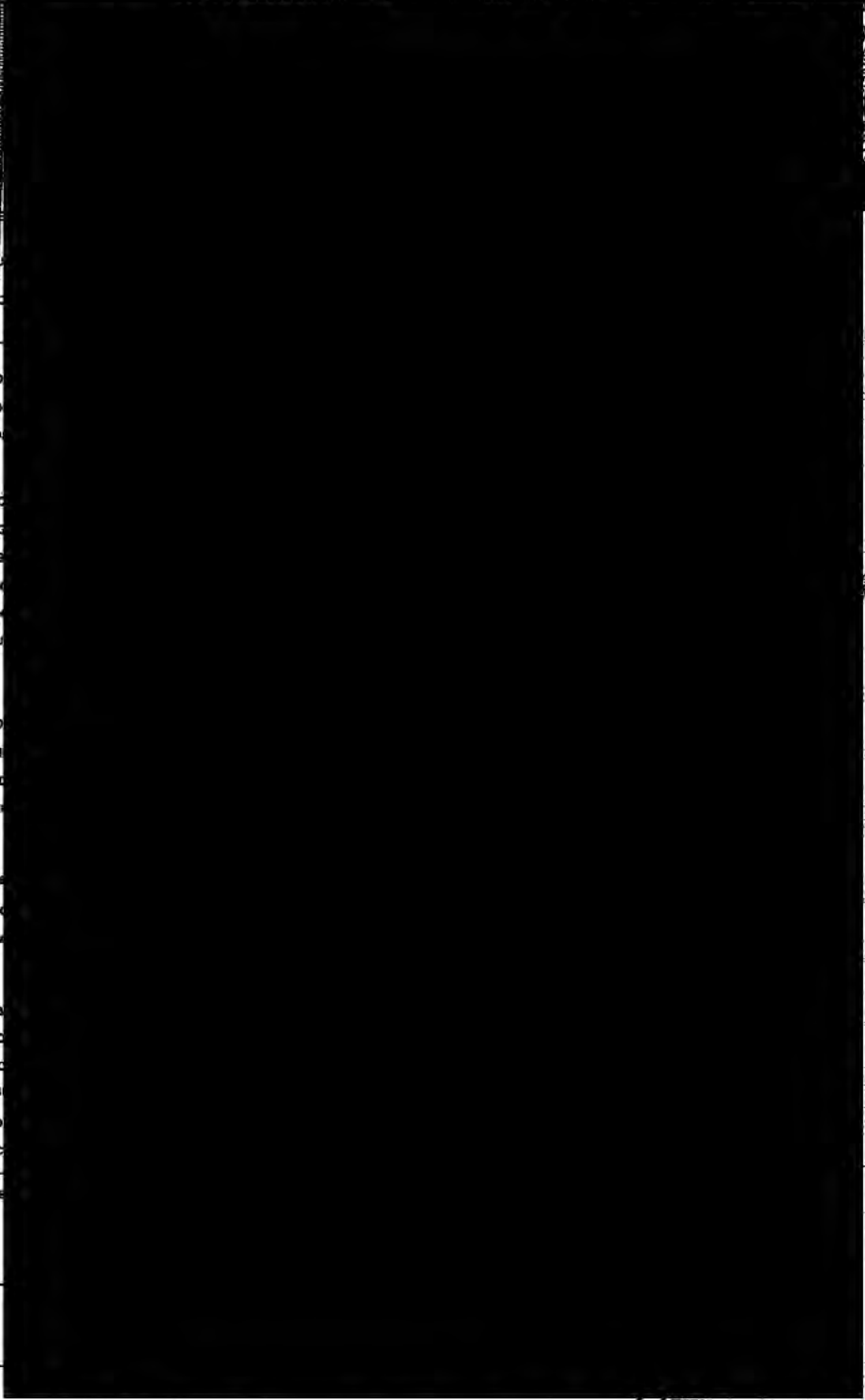
EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP

Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP

Motivación 2



SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

TESTIGO

EL C. OFICIAL N.º 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRES DEL FALLECIDO/A

en el estado de CALIFORNIA el día 01 de mayo de 1991

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS DELICUADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 72 horas	Código CIE
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeran la causa consumada arriba mencionada, en el último lugar la causa básica		72 horas	
Debido a (o como consecuencia de)			
PARTE II Otros estados patológicos, algunas otras que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		72 horas 15 días	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A: 21.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 Entre los 11 meses previos al parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.3 ¿Fueron causas que complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 ¿Fue un presunto homicidio <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 4		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (ranchito o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.5 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión:			

DEL REGISTRO CIVIL OFICIAL O JUZGADO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o delegación 32.3 Entidad federativa 32.4 Día 32.5 Año

Art. 110 Fracc. V, VII Art. 113 Fracc. I
 MOTIVACIÓN 1 MOTIVACIÓN 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	FECHA DE REGISTRO 04 DE ABRIL DE 2019
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ACTA No. 00343
	LOCALIDAD IGUALA
	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

Nombre: [REDACTED]

Fecha: [REDACTED]

Lugar: [REDACTED]

Municipio: [REDACTED]

Nombre del conyuge: [REDACTED] Nacionalidad: [REDACTED]

Nombre del padre: [REDACTED] Nacionalidad: [REDACTED]

Nombre de la madre: [REDACTED] Nacionalidad: [REDACTED]

Fecha de defuncion: 03 DE ABRIL DE 2019 Hora: 12:30

Lugar: HOGAR

Destino del cadaver: [REDACTED]

Lugar de fallecio: [REDACTED]

Causas de la muerte: [REDACTED]

Tipo de defuncion: [REDACTED]

Nombre de [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Declarante: [REDACTED]

Nombre: [REDACTED]

Nacionalidad: [REDACTED] Parentesco: [REDACTED]

Municipio: [REDACTED] Ocupacion: [REDACTED]

Testigos:

Nombre: [REDACTED] Parentesco: [REDACTED]

Nacionalidad: [REDACTED] Ocupacion: [REDACTED]

Nombre: [REDACTED] Parentesco: [REDACTED]

Nacionalidad: [REDACTED] Ocupacion: [REDACTED]

PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[REDACTED]

FIRMAS

TESTIGO: [REDACTED]

DECLARANTE: [REDACTED]

TESTIGO: [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO, EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

EL AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, OFICIALIA No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos **83** Se ignora

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) Viudo(a) Casado(a) Se ignora

DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Código CIE

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio 43 días a 11 meses después del parto o aborto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto: Accidente Homicidio Suicidio Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicio Área Industrial (taller, fábrica u obra) Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad

22.7.2 Nombre de la vialidad

22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. interior

22.7.5 Tipo de asentamiento humano

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

31.1 Acta Núm.

31.2 OFICIALIA O JUZGADO Núm. Libro Núm.

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

32.1 Localidad

32.2 Municipio o delegación

32.3 Entidad federativa

32.4 Día Mes Año

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ROSA450613MGRMLN04

FECHA DE REGISTRO
22 DE ABRIL DE 2019

ACTA No.
00396

LOCALIDAD
IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA
GUERRERO



NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO:

DOMICILIO HABITUAL:

IGUALA
(LOCALIDAD)

NOMBRE DEL CONYUGE:

NOMBRE DEL PADRE:

NOMBRE DE LA MADRE:

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION:

LUGAR: HOGAR

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO:

UBICACION: PRIMERA

MUNICIPAL

LUGAR DONDE FALLECIO:

ORDEN NO.:

CAUSAS DE LA MUERTE:

TIPO DE DEFUNCION:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO:

NO. DE CEDULA:

DOMICILIO:

DECLARANTE

NOMBRE:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO:

TESTIGOS

NOMBRE:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO:

NOMBRE:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO:

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FIRMAS

TESTIGO

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
SELLO DE UNO FOLIO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Atonia Roman Salgado

Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido



Se ignora

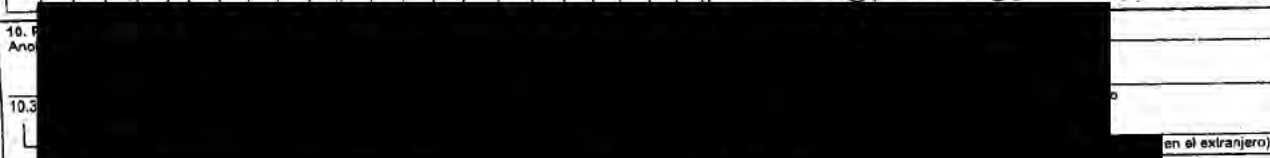
Especifique

Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) 6, Viudo(a) 2, Casado(a) 5, En unión libre 4, Divorciado(a) 3, Soltero(a) 1, Se ignora 9

8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):

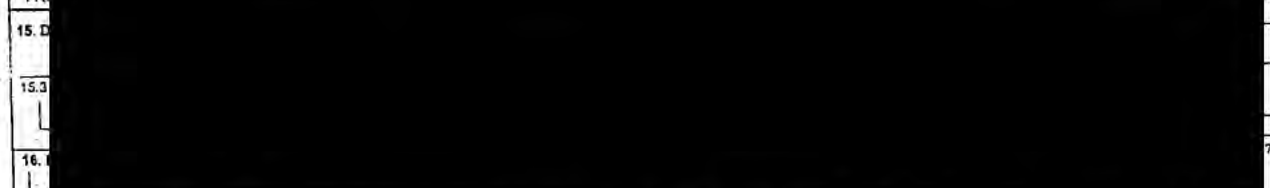
Para menores de 28 días anote: 8.1 Foto del Certificado de Nacimiento:



11. ESCOLARIDAD: Ningun 1, Preescolar 12, Primaria 3, Secundaria 5, Tercera 11, Bachillerato o preparatoria 7, Profesional 8, Posgrado 10, Se ignora 99, Completa 1, Incompleta 2

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna 1, ISSSTE 3, SEDENA 5, Seguro Popular 7, Otra 8, IMSS 2, PEMEX 4, SEMAR 6, IMSS PROSPERA 10, Se ignora 99

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Via pública 10, Otro lugar 12



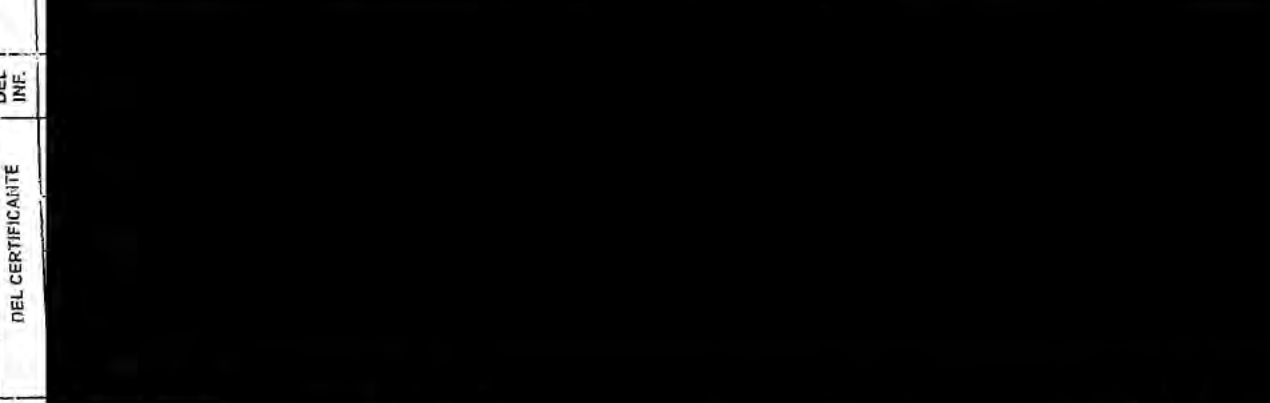
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)
 PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. a) Intervalo aproximado entre el inicio de enfermedad y la muerte: 20 Años. b) Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica. c) Debido a (o como consecuencia de) 10 Min. d) PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo.

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 21.1 ¿Espantique si la muerte ocurrió durante? El embarazo 1, El parto 2, El puerperio 3, 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5. 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1, No 2. 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1, No 2. 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente 1, Homicidio 2, Suicidio 3, Se ignora 9. 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1, No 2, Se ignora 9. 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0, Área deportiva 3, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1, Calle o carretera (vía pública) 4, Escuela u oficina pública 7, Área comercial o de servicio 5, Área Industrial (taller, fábrica u obra) 6, Granja (rancho o parcela) 7, Otro 8, Se ignora 9. 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda, 22.7.2 Nombre de la vivienda



31.1 Acta Núm., 31.2 Municipio o delegación, 32.1 Localidad, 32.2 Municipio o delegación, 32.3 Entidad federativa, 32.4 Día, Mes, Año

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

ENTREGUE EL ORIGINAL, UNA COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS FORTALECIDOS

DEL FALL

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
FECHA DE REGISTRO
23 DE ABRIL DE 2019
ACTA No.
00409

LOCALIDAD
IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA
GUERRERO
FINADO



[REDACTED]

(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____
NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____
NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FECHA DE DEFUNCION: _____
LUGAR: HOGAR
DESTINO DEL CADAVER: _____
UBICACION: LOTE-1467 TE
LUGAR DONDE FALLECIO: CAL
CAUSAS DE LA MUERTE: _____

TIPO DE DEFUNCION: _____
NOMBRE DE _____
NO. DE CEDU _____
DOMICILIO: _____
DECLARANTE

NOMBRE: _____
NACIONALIDAD _____ PARENT _____
DOMICILIO: _____ OCUP _____
TESTIGOS

[REDACTED]

FIRMAS

TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____
SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

2 DEL
ECIDO(A)

REGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

Apellido: [Redacted]

en el extranjero) Se ignora

NACIONALIDAD 1 2 → Especifique

Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos 7 6 5 4 3 2 1 Se ignora

Para menores de 28 días anote:

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) 6 Viudo(a) 2 Casado(a) 5
En unión libre 4 Divorciado(a) 3 Se ignora 9

DE LA DEFUNCIÓN

10. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5
Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1 Incompleta 2 Se ignora 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8
IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7
IMSS PROSPERA 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8 Unidad médica privada 9

14.1 Nombre de la unidad médica:

Vía pública 10 Otro lugar 12 Hogar 11 Se ignora 99

13.1 Número de seguridad social o afiliación:

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a)

b) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

c)

d) Debido a (o como consecuencia de)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 24 HRS.

Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3
43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

22.1 Fue un presunto: Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1 No 2 Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0 Área deportiva (taller, fábrica u obra) 6
Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4 Granja (rancho o parcela) 7
Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5 Otro 8
Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vitalidad

22.7.2 Nombre de la vitalidad

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

23.

25.

27.

29.

Art. 11

31.

Libro Núm. 32.1 Localidad



FECHA DE REGISTRO
24 DE ABRIL DE 2019

ACTA No.
09413

LOCALIDAD
IGUALA

ENTIDAD FEDERATIVA
GUERRERO

FINADO



NOMBRE DEL CONYUGE

NOMBRE DEL PADRE

NOMBRE DE LA MADRE

FECHA DE DEFUNCION

LUGAR: HOSPITAL BOYAL

DESTINO DEL CADAVE

UBICACION: DEPARTAMENTO

LUGAR DONDE FALLECIO: CA

CAUSAS DE LA MUERTE

TIPO DE DEFUNCION:

NOMBRE DEL MEDICO

PROFESION DE CE

DOMICILIO

NOMBRE:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO:

NOMBRE:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO:

NOMBRE:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO:

PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS SIGUIENTES

FIRMAS

TESTIGO

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN S

ENES EN

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA



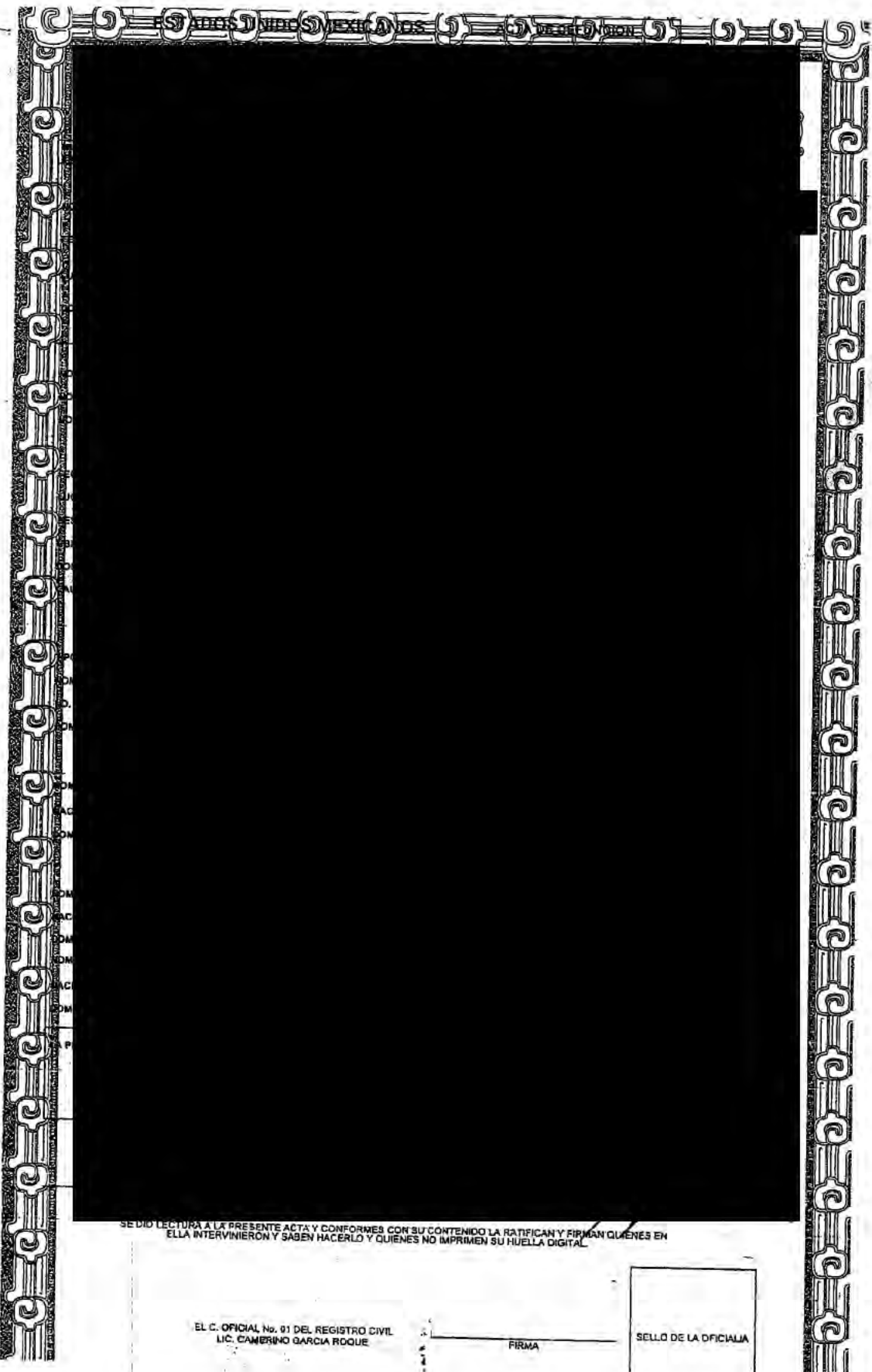
ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ (Injerto) _____ Sexo: <input checked="" type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino Especificar: <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especificar: _____	
6. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>86</u>	
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____ 8.2 Semanas de gestación: _____ 8.3 Peso (gramos): _____	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado <input type="radio"/> 1	
11. EDUCACIÓN Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital Royal Care</u> 14.2 Tipo de unidad: <input type="radio"/> 10 (pública)	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica c) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anote la relación que tuvo el presunto agresor con el fallecido(a) _____ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____ 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____	

Art. 110 Fracc. V LFTAIP

Art. 113 Fracc. I LFTAIP



707

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA



SELLO DE LA OFICIALIA

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Eduardo

2. FECHA DE NACIMIENTO 19/08/1958 **3. SEXO** M **Primer Apellido** ...

5. CURP ... **Entidad federativa** ... **Extranjero** **D** **Se ignora**

11. ESCOLARIDAD
 Ninguna 1 Prescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5
 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1 Incompleta 2 Se ignora 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
 Ninguna 11 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8
 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
 Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7
 IMSS PROSPERA 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8 privada 9

15. DOMICILIO ...

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I
 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente
...
 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 1 año
 Código CIE ...

PARTE II
 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo
...

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
 El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3
 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
 Código CIE ...

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
 22.1 Fue un presunto:
 Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1 No 2 Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión:
 Vivienda particular 0 Área deportiva 3
 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4
 Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5
 Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a) ...

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: ...

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio ...

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:
 22.7.1 Tipo de vialidad ...
 22.7.2 Nombre de la vialidad ...
 22.7.3 Núm. Exterior ... 22.7.4 Núm. Interior ...
 22.7.5 Tipo de asentamiento humano ...
 22.7.6 Nombre del asentamiento humano ...

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF

DEL CERTIFICANTE

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
 32.1 Localidad ... 29.11 Teléfono ... Día ... Mes ... Año ...

Fracc. I ... Año ...
 LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 25 DE ABRIL DE 2019	
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ACTA No. 00423	LOCALIDAD IGUALA
			ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] ICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED]

DESTINO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

ONDE SE OCUERTE: [REDACTED]

CAUSAS: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MUESTRAL: [REDACTED]

NO. DE CEDULA: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[REDACTED]

[REDACTED] TESTIGO

[REDACTED] DECLARANTE

[REDACTED] TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN EL LA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

[Signature]



FORMULARIO DE DEFUNCIÓN

DEL

REVERSO

CIMIENTO

8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA FEDERALIVA O EN EL EXTRANJERO?

SI No

Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento

8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos): 9. ESTADO CONYUGAL

10. RESIDENCIA HABITUAL

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

16. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA), LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA D.

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I Enfermedad, lesión o factor psicológico que produjo muerte directamente

Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa mencionada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1, 13 días a 11 meses después del parto o aborto 4, El parto 2, El puerperio 3, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1, No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1, No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente 1, Homicidio 2, Suicidio 3, Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1, No 2, Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0, Área deportiva 3, Calle o carretera (vía pública) 4, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1, Escuela u oficina pública 2, Área comercial o de servicio 5, Área industrial (taller, fábrica u obra) 6, Granja (rancho o parcela) 7, Otro 8, Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(s)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vitalidad

22.7.3 Núm. Exterior: 22.7.4 Núm. Interior:

Nombre de la vitalidad

Nombre del asentamiento humano

31.1 Acta Núm.

32.2 Municipio o delegación

32.3 Entidad federativa

32.4 Día Mes Año

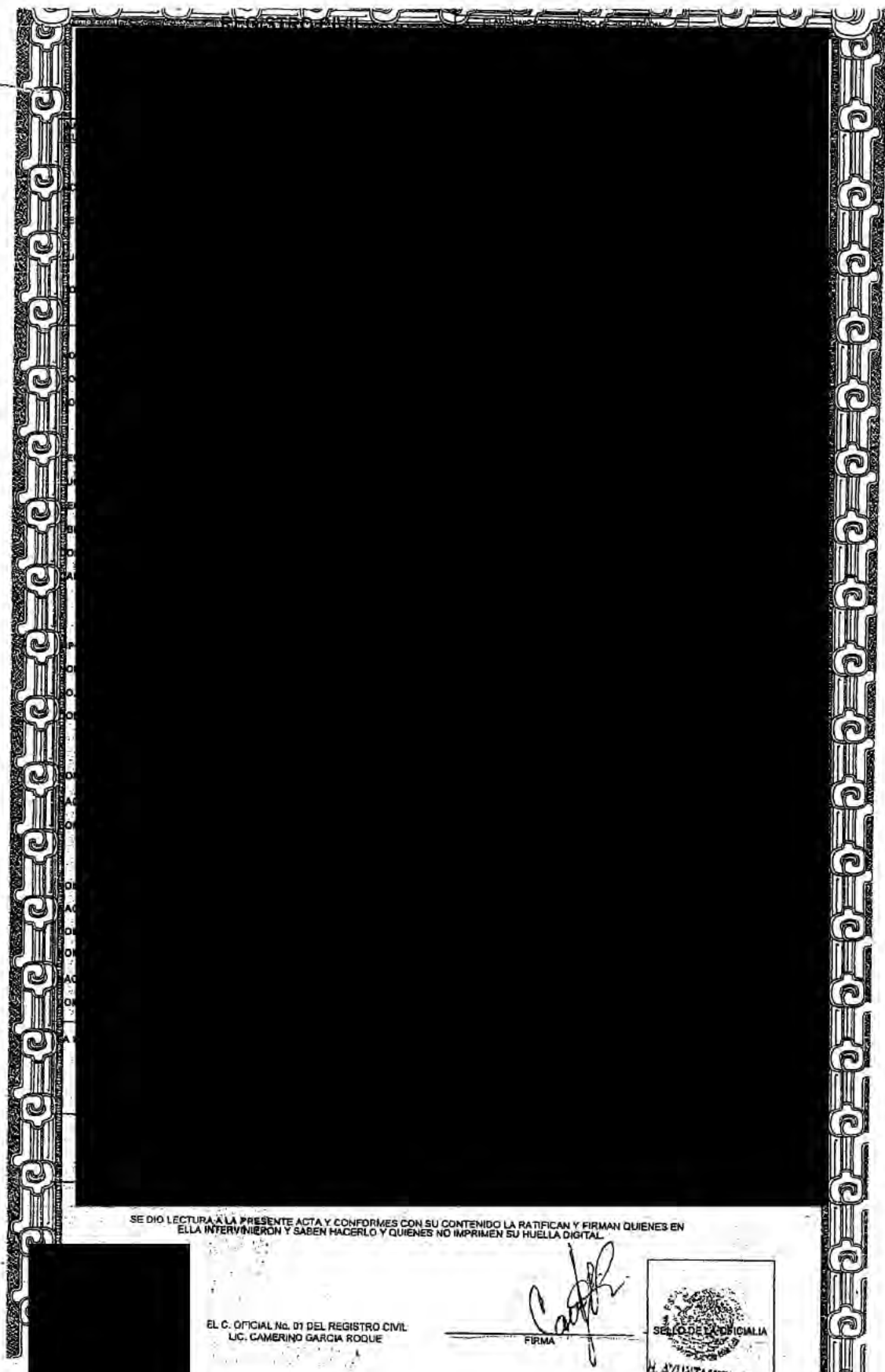
ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP

Motivación 1

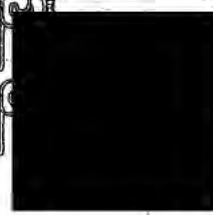
Art. 113 Fracc. I LFTAIP

Motivación 2



12/11

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA RODRIGUEZ

Camero
FIRMA



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

NOMBRE DEL

Se ignora

Se ignora

Casado(a)

Se ignora

DEL FALLECIDO

Bachillerato o preparatoria 7 Maestría 12 Primaria 3 Secundaria 5 seleccionada es: Completa 1 Incompleta 2

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna 1, IMSS 2, PEXEX 4, SEMAR 6, IMSS PROSPERA 10, ISSSTE 3, SEDENA 5, Seguro Popular 7, Otra 8

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud 1, IMSS 3, PEXEX 5, SEMAR 7, IMSS PROSPERA 2, ISSSTE 4, SEDENA 6, Otra unidad pública 8, Unidad médica privada 9

14.1 Nombre de la Unidad médica: _____

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES): _____

Via pública 10, Hogar 11, Otro lugar 12, Se ignora 99

DE LA DEFUNCIÓN

15. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) _____

b) Debido a (o como consecuencia de) _____

c) Debido a (o como consecuencia de) _____

d) _____

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 1 año

Código CIE: _____

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

Intervalo aproximado: 15 años

Código CIE: _____

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1, 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4, El parto 2, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5, El puerperio 3

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1, No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1, No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: _____

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto: Accidente 1, Homicidio 2, Suicidio 3, Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1, No 2, Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1, Escuela u oficina pública 2, Área deportiva 3, Calle o carretera (vía pública) 4, Área comercial o de servicio 5, Área industrial (taller, fábrica u obra) 6, Granja (rancho o parcela) 7, Otro 8, Se ignora 9

22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): _____

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____

22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____

22.7.1 Tipo de vivienda: _____

22.7.2 Nombre de la vivienda: _____

22.7.3 Núm. Exterior: _____, 22.7.4 Núm. Interior: _____

22.7.5 Tipo de asentamiento humano: _____

22.7.6 Nombre del asentamiento humano: _____

22.7.7 Código Postal: _____

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. _____, Libro Núm. _____

31.1 Acta Núm. _____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

32.1 Localidad: _____

32.2 Municipio o delegación: _____

32.3 Entidad federativa: _____

32.4 Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Art. 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 403 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO

6. E
9. D

9.3 Núm. Exterior 9.4 Núm. Interior

Código Postal

10. SITIO
Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 Unidad médica privada 8
IMSS PROSPERA 2 ISSSTE 4 SEDENA 5 Otra unidad pública 8

Via pública 10 Otro lugar 12
Hogar 11 Se ignora 99

10.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN?
Médico gineco-obstetra 1 Otro médico 5 Enfermera 2 Partera 3 Otro 4 Se ignora 9

12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ÉSTE FUE
Espontáneo 1 Provocado 2 Terapéutico 3 Se ignora 9

13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN
Parto vaginal espontáneo 5 Cesárea 1 Fórceps 2 Se ignora 9
Otro 4 *Especifique

14. VIOLENCIA
14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre?
Sí 1 No 2 Se ignora 9

14.2 ¿Anota la relación que tiene el presunto agresor con la madre?

CAUSAS DE LA MUERTE FETAL

15. ANOMALÍAS, MALFORMACIONES O DEFECTOS CONGÉNITOS DEL PRODUCTO
a) _____
b) _____

16. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, interrupción de la comunicación materno-fetal, etc.)

PARTE I
Condición fetal o materna que causó directamente la muerte

Condición fetal o materna que originaron la causa directa a) mencionándose en último lugar la causa básica

b) Debido a (o como consecuencia de)

c) Debido a (o como consecuencia de)

d) _____

PARTE II
Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que lo produjo

16.1 Especificar si la causa fue:
MATERNA | FETAL

16.2 Código CIE

DATOS DE LA MADRE

17. ESCOLARIDAD
Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5
Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99

25.1. La escolaridad seleccionada es
Completa 1 Incompleta 2 Se ignora 99

26.1 Trabajo actualmente
Sí 1 No 2 Se ignora 9

27. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8
IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 9

27.1 Número de seguridad social o afiliación

28. NÚMERO DE EMBARAZOS (Incluye el actual)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 Se ignora 99

29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS (AS)
29.1 Nacidos Muertos (as) _____ Se ignora 99 29.2 Sobrevivientes _____ Se ignora 99

30. ¿VIVE LA MADRE?
30.1 En caso negativo, escribe el número de folio del Certificado de Defunción: _____

DATOS DEL CERTIFICANTE

DEL INC. _____

37. TELÉFONO _____ 38. F. _____

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEÁ LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

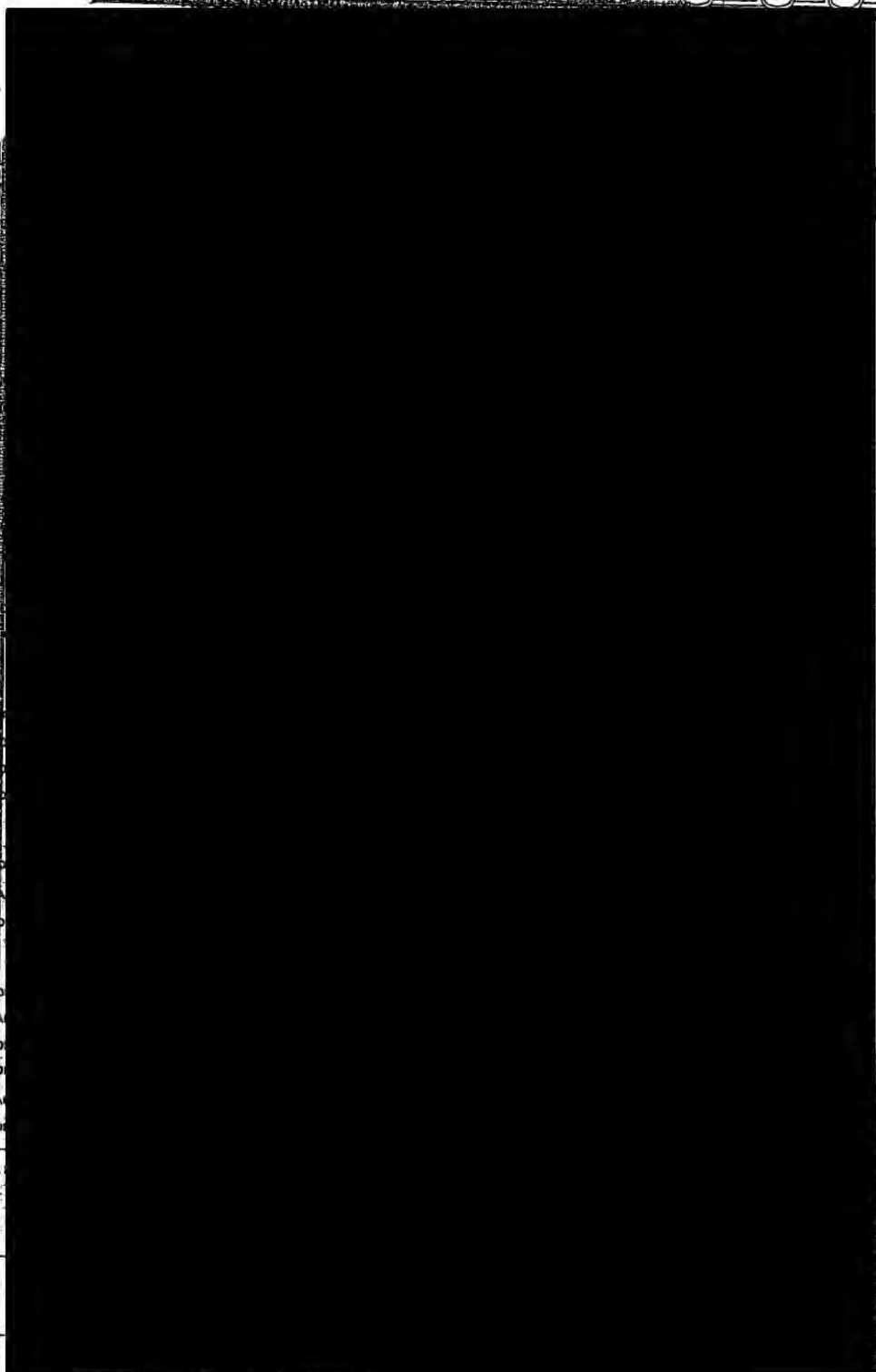
	1. NOMBRE DEL FALLECIDO			
	2. FECHA DEL FALLECIMIENTO			
DEL FALLECIDO	CUMPLIDA de una hora		Para menores de un día	Para menores de un mes
	Minutos	Horas	Días	Meses
	Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):
	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		9. ESTADO CONYUGAL	
			Separado(a)	Viudo(a)
			Casado(a)	Ignora
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
	Ninguna		Secretaría de Salud	
	ISSSTE		IMSS	
	SEDENA		PEMEX	
	SEMAR		SEMAR	
	IMSS PROSPERA		ISSSTE	
	SEDENA		Otra unidad pública	
DE LA DEFUNCIÓN	CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)			
	PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
	Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Código CIE	
	PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Sí	
	El embarazo		No	
	El parto		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
	El puerperio		Código CIE	
	43 días a 11 meses después del parto o aborto			
	No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte			
MUJERES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
	22.1 Fue un presunto		Área Industrial (taller, fábrica u obra)	
	Accidente		Área deportiva	
	Homicidio		Calle o carretera (vía pública)	
	Suicidio		Escuela u oficina pública	
	Se ignora		Área comercial o de servicio	
	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Se ignora	
	Sí		22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
	No			
	Se ignora			
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
	22.7 Anotar el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio			
	22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad	
	22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior	
	22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
	22.7.7 Código Postal			
DEL REG. CIVIL	OFICIALÍA O JUZGADO		31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
	Núm. Libro Núm.		32.1 Localidad	
	31.1 Acta Núm.		32.2 Municipio o delegación	
			32.3 Entidad federativa	
			32.4 Día	
			Mes	
			Año	

Art 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Art 113
 Fracc. V, VII Fracc. I
 LFTAIP LETAIP

Motivación 1

Motivación 2

745



SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAR Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

[Handwritten signature]
FIRMA



ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí No Se ignora

7. EDAD CUMPLIDA

Para menores de 28 días anote:
 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) Viudo(a) Casado(a)

11.1 La escolaridad seleccionada es:
 Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5
 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99
 Completa 1 Incompleta

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
 Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8
 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99

13.1 Número de seguridad social o afiliación:

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
 Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7
 IMSS 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad 8 Unidad médica

14.1 Nombre de la unidad médica:

Vía pública 10 Otro lugar 12

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfenia, etc.)

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
[Redacted]		
Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		
Debido a (o como consecuencia de)		

PARTE II
 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
 El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3
 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí No

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE:

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto
 Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión
 Vivienda particular 0 Área deportiva 3 (taller, fábrica u obra)
 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4 Granja (rancho o parcela) 7
 Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5 Otro 8 Se ignora 9

22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a):

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:

22.7 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad:

22.7.2 Nombre de la vialidad:

22.7.3 Núm. Exterior: 22.7.4 Núm. Interior: 22.7.5 Tipo de asentamiento humano:

22.7.6 Nombre del asentamiento humano:

22.7.7 Código Postal: 22.7.8 Localidad:

DEL REG. CIVIL

OFICIALIA O JUZGADO:

32.1 Localidad:

32.2 Municipio o delegación:

32.3 Entidad federativa:

32.4 Día: Año:

Art. 113 Fracc. V, VII

LFTAI

Motivación 1 Motivación 2

**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FORMULARIO 2011 (1.1)
ES-112

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		[Redacted]	
	6. EDAD CUMPLIDA		[Redacted]	
DE LA DEFUNCIÓN	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	
	8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, aliviar con morfina, etc.)	
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, aliviar con morfina, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
DEL REG. CIVIL	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vivienda		
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		22.7.2 Nombre de la vivienda		
22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano		
Art. 1131		Art. 1131		
31.1 Acta Núm.		32.1 Localidad		
31.2 Libro Núm.		32.2 Municipio o delegación		
31.3 Acta Núm.		32.3 Entidad federativa		
31.4 Acta Núm.		32.4 B. A. I. R. Mes		
31.5 Acta Núm.		32.5 Año		

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL



ACTA DE DEFUNCION

OFICIALIA: 01 LIBRO: 6

TOMO: 02 NUMERO DE ACTA: 00313

FECHA DE REGISTRO: 03/05/2019

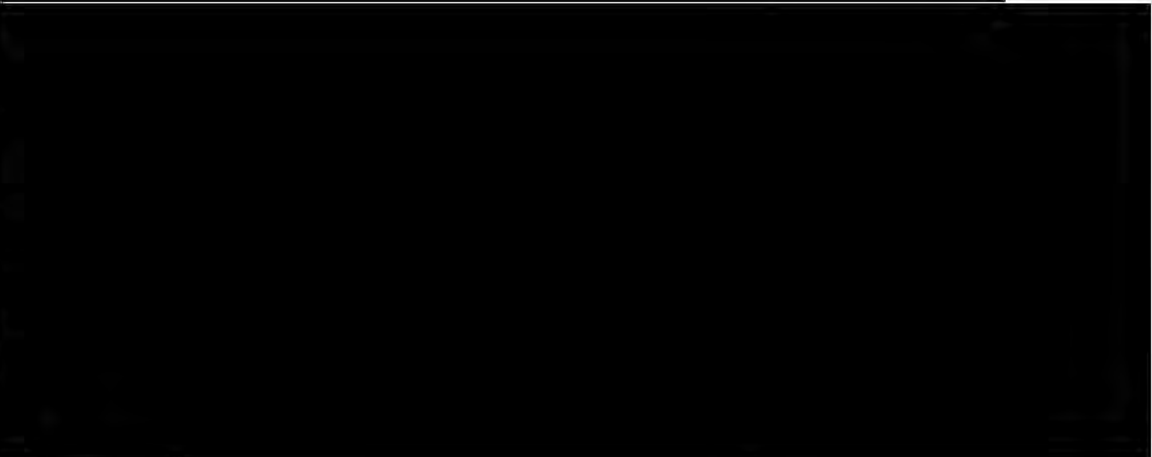
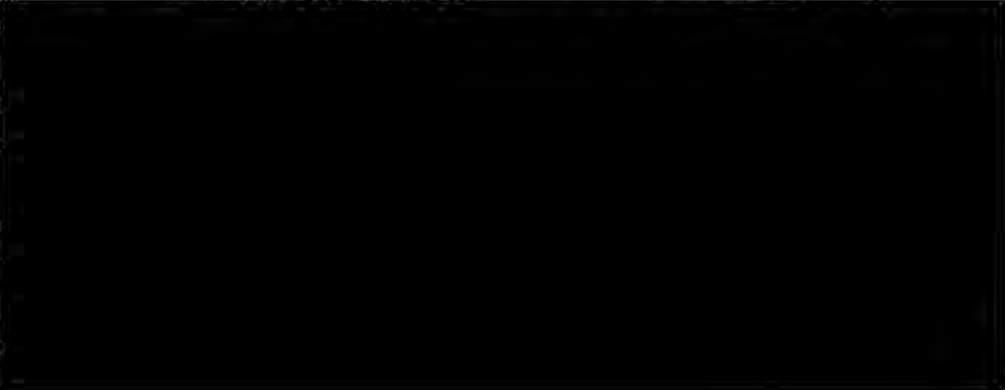
LUGAR DE REGISTRO:



DATOS DEL (LA) CONYUGE

NOMBRE:

ESTADO



EL PRESENTE REGISTRO TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES:

EL CADAVER DE REFERENCIA ES TRASLADADO PARA SU INHUMACION AL PANTEON MUNICIPAL DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO.

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE, Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO, Y QUIENES NO, IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL. DOY FE.
OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL

LIC. ROMAN SOLERIO SOLERIO



MICHOACAN DE OCAMPO
GOBIERNO DEL ESTADO
OFICIALIA DEL
REGISTRO CIVIL DE
LA PIEDAD, MICH.

SELLO DE LA OFICIALIA

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: 15 DE JUNIO DE 2016

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FECHA DE OBITO: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED]

DESTINO DE: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE DEFUNCION: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL DEFUNTO: [REDACTED]

NO. DE CEDI: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE:

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FISCALIA GENERAL DEL ESTADO. UNIDAD DE INTEGRAL 1. CARPETA DE INVESTIGACION: 42060010200598040516.
OPICIO NUM.: 5388. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 8 DE MAYO DE 2016.

FIRMAS: [REDACTED]

DECLARANTE: [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

SELO DE UNIDAD DE INTEGRAL 1
MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GRC
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
0016-0418

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA RUBICADA Y LA COPIA CON SELLO DE RECEPCION AL REGISTRO CIVIL. ESTOS DOCUMENTOS SE CONSERVARAN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO: [REDACTED]

2. CURP: [REDACTED]

3. SEXO: Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 9

4. NACIONALIDAD: Mexicana 1 Otra 2 Se ignora 9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI 1 No 2 Se ignora 9

6. PESO: [REDACTED] Kilogramos

7. TALLA: [REDACTED] Metros Centímetros

8. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora: Minutos; Para menores de un día: Horas; Para menores de un mes: Días; Para menores de un año: Meses; Para personas de un año o más: Años cumplidos [REDACTED] Se ignora 9

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [REDACTED]

10. ESTADO CONYUGAL: En unión libre 4 Separado(a) 6 Divorciado(a) 3 Viudo(a) 2 Soltero(a) 1 Casado(a) 5 Se ignora 9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS Oportunidades 10 Se ignora 99

14.1 Número de seguridad social o afiliación: [REDACTED]

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 Unidad médica privada 9

15.1 Nombre de la unidad médica: [REDACTED]

Vía pública 10 Otro lugar 12

DE LA DEFUNCIÓN

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. [REDACTED]

Debido a (o como consecuencia de): [REDACTED]

Debido a (o como consecuencia de): [REDACTED]

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo. [REDACTED]

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: Código CIE [REDACTED]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto: Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1 No 2 Se ignora 9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (edificio, apartamento, etc.) 1 Escuela u oficina pública 2 Área deportiva 3 Calle o carretera (vía pública) 4 Área comercial o de servicios 5 Se ignora 9

23.4 ¿Qué del antecesor le dio el presunto? [REDACTED]

23.5 La defunción fue registrada en el: [REDACTED]

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [REDACTED]

23.7.1 Calle y número: [REDACTED]

23.7.2 Colonia: [REDACTED]



DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

QARE400526MGRCVN04



Mayo
19

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 05 DE JUNIO DE 2019	
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ACTA No. 00584	LOCALIDAD IGUALA ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

501

FINADO

NOMBRE: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
 DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]
 IGUALA (LOCALIDAD): [REDACTED]
 NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]
 LUGAR: UNIDAD MEDICA [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]
 UBICACION: SEGUNDA [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: CA [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]
 TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARE [REDACTED]
 DOMICILIO: AV. BANDERA NACIONAL # CENTRO IGUALA GRD. [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[REDACTED] FIRMAS [REDACTED]
 [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA

[Handwritten Signature]

M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRD.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2016 - 2021
SELLO DE LA OFICIALIA

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

13

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?
 Sí No Se ignora

7. NACIONALIDAD
 Mexicana Otra Se ignora

8. Sexo Masculino Femenino

9. Estado civil Casado Soltero Viudo Separado

10. Edad en años Meses Días

11. Fecha de nacimiento

12. Lugar de nacimiento

13. Fecha de fallecimiento

14. Lugar de fallecimiento

15. Domicilio

16. Fecha de inscripción

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I
 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Código CIE

PARTE II
 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
 El embarazo 43 días a 11 meses después del parto o aborto El parto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte El puerperio

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?
 Sí No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
 Sí No

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
 Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto
 Accidente Homicidio Suicidio Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?
 Sí No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión
 Vivienda particular Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicio Área Industrial (taller, fábrica u obra) Rancho o parcela Otro Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad

22.7.2 Nombre de la vialidad

22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior

22.7.5 Tipo de asentamiento humano

22.7.6 Nombre del asentamiento humano

23. NOMBRE DEL INFANTE

23.1 Nombre

23.2 Fecha de nacimiento

23.3 Lugar de nacimiento

24. NOMBRE DEL CERTIFICANTE

24.1 Nombre

24.2 Cargo

24.3 Entidad federativa

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

32.1 Localidad

32.2 Municipio o delegación

32.3 Entidad federativa

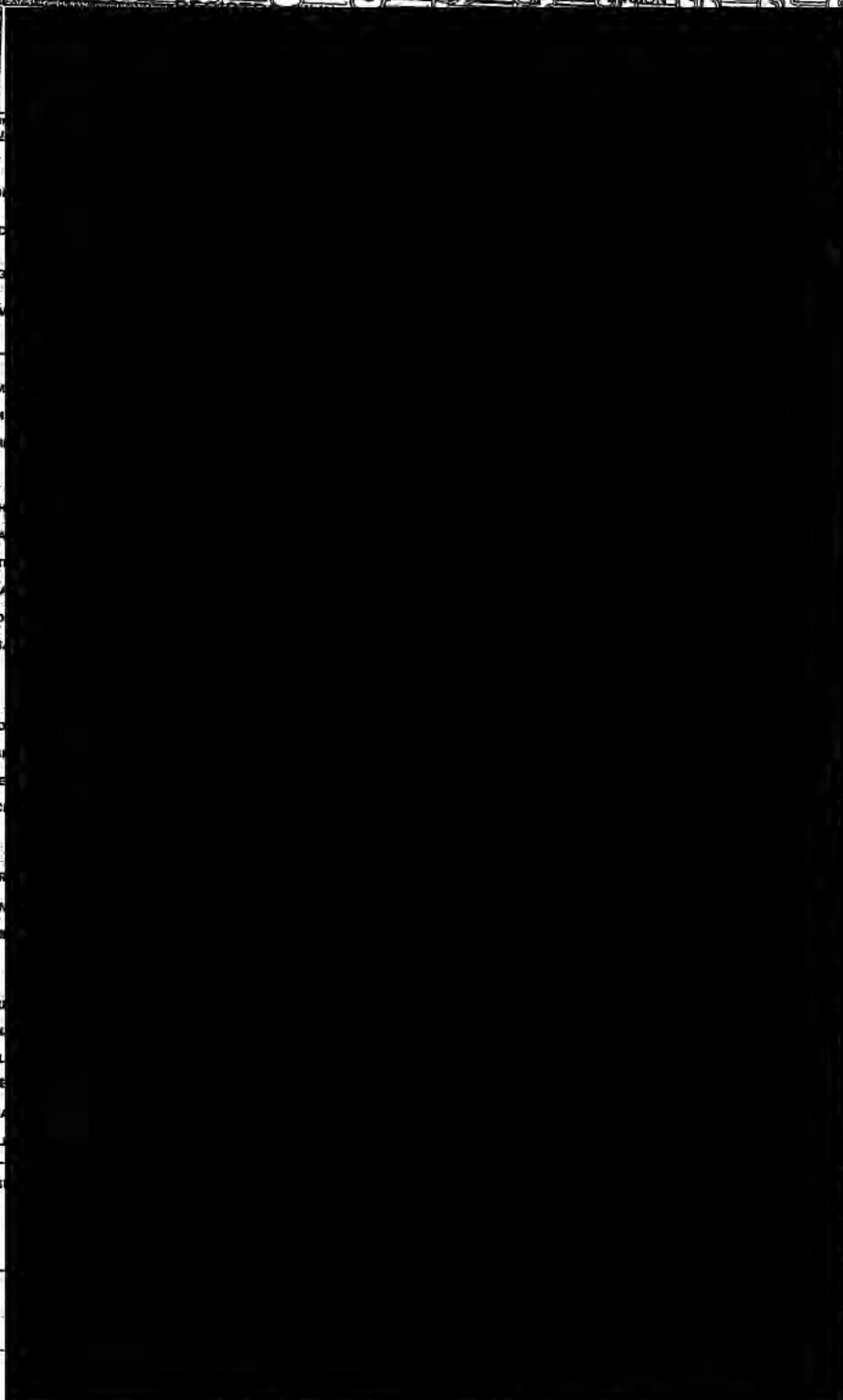
32.4 Día Mes Año

Art. 113 de la Ley Federal del Registro Civil debe remitir este original a la Secretaría de Salud

Motivación 1 Motivación 2

MUNICIPAL

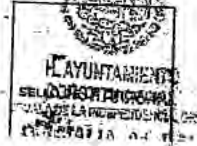
SL 3



... Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROGUE

[Handwritten signature]
FIRMA



ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 11 10 81 19 510 Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO GUERRERO Entidad federaliva o país (si nació en el extranjero)		5. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 4 Se ignora <input type="radio"/> 9	
6. CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años		7. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 4 Se ignora <input type="radio"/> 9	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	
8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 4 Se ignora <input type="radio"/> 9	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Praescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input checked="" type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Código CIE	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo		Código CIE	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vitalidad	
22.7.2 Nombre de la vitalidad		22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior	
22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
DEL REG. CIVIL			
DEL CERTIFICANTE			
DEL INF.			

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 1

Motivación 2



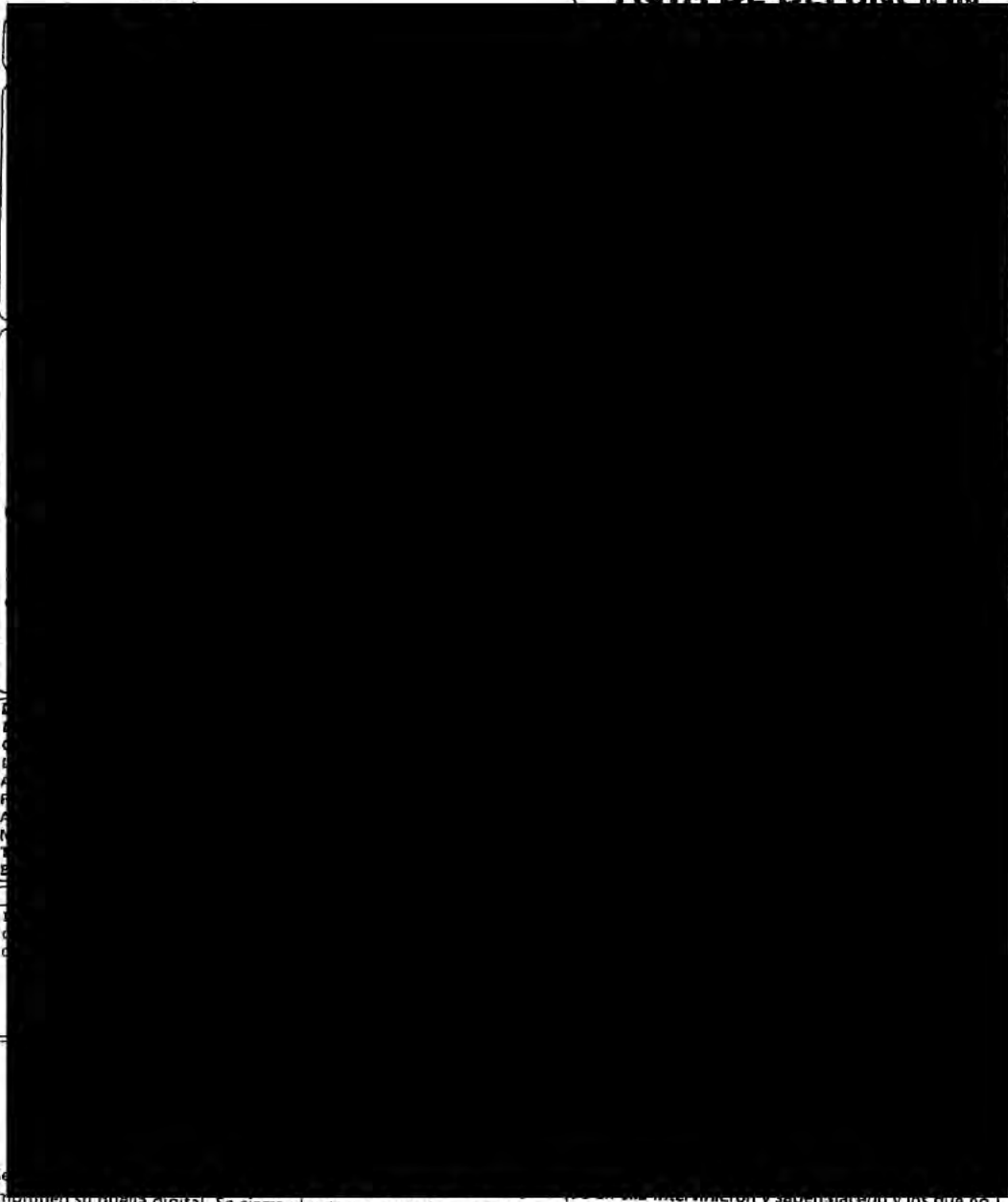
GOBIERNO DE LA

REGISTRO CIVIL



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

ACTA DE DEEUNCIÓN



Se imprimen su huella digital. Se cierra el acta que autoriza. Doy fé EL JUEZ 14° DEL REGISTRO CIVIL

NOMBRE DEL JUEZ	FIRMA DEL JUEZ
LIC. MARTHA PATRICIA REYES CHALICO	

ESTA ACTA SE RELACIONA CON LOS FOLIOS DE ANOTACIONES QUE SE SEÑALAN, SIN LOS CUALES ESTA INCOMPLETA:		
No:	Fecha:	Firma:
No:	Fecha:	Firma:

MMRD PAGO DE DERECHOS \$ --- COMPROBANTE DE PAGO No. ---
- Dirección General del Registro Civil

CERTIFICO SOLO PARA TRASLADO QUE ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL QUE OBRA EN EL ARCHIVO DE ESTE JUZGADO EN

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA D.

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: [Redacted]

5. CURP: [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No Sí Se ignora

7. NACIONALIDAD: Mexicana Otra Se ignora

8. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora: Minutos: [Redacted] Para menores de un día: Horas: [Redacted] Para menores de un mes: Días: [Redacted] Para menores de un año: Meses: [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos: [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL: [Redacted]

10.9 Municipio o delegación: [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): [Redacted]

11. ESCOLARIDAD: Ninguna Prescolar Primaria Secundaria Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta 12. OCUPACIÓN: [Redacted] Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. [Redacted]

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: [Redacted]

Código CIE: [Redacted]

CAUSAS ANTECEDENTES: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica. a) [Redacted] b) [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted]

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo. [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 43 días a 11 meses después del parto o aborto El parto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte El puerperio 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí No 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí No

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Redacted]

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente Homicidio Suicidio Se ignora 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí No Se ignora 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicio Área industrial (taller, fábrica u obra) Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 22.6 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente: [Redacted]

29.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted] 29.7 Código Postal: [Redacted] 29.8 Localidad: [Redacted] 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [Redacted]



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.

INTEGRAL 1

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]

OFICIO NÚM.: [REDACTED]

ASUNTO: SE AUTORIZA ENTREGA
DE CADÁVER.

"2019, Año del Caudillo del Sur Emiliano Zapata"

ENCARGADO DEL SERVICIO MÉDICO FORENSE
DE ESTA CIUDAD DE IGUALA, GUERRERO.
PRESENTE.

Por medio del presente, y con fundamento en el artículo 21 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; solicito a Usted, se sirva ordenar a quien corresponda, haga la entrega del cadáver del sexo [REDACTED] quien se encuentra en el interior de esas instalaciones a su digno cargo, quien en vida respondiera al nombre de [REDACTED] a los testigos de identidad Cadavérica los [REDACTED] para que lo trasladen y le den cristiana sepultura en el panteón municipal de [REDACTED]

[FECHA ELABORACION]



569

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
INTEGRAL 1

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]

OFICIO NÚM.: [REDACTED]

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

[REDACTED]

"2019, Año del Caudillo del Sur Emiliano Zapata"

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
PRESENTE.

Por este conducto notifico a Usted, del fallecimiento de la persona del sexo [REDACTED] que en vida respondió al nombre de [REDACTED] de quien informo lo siguiente:

Nombre: [REDACTED]

Edad: [REDACTED]

Ocupación: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Padres: [REDACTED]

Nacionalidad: [REDACTED]

Estado Civil: [REDACTED]

Originario: [REDACTED]

Instrucción: [REDACTED]

Lugar del deceso: [REDACTED]

Fecha del deceso: [REDACTED]

Causa de Muerte: [REDACTED]

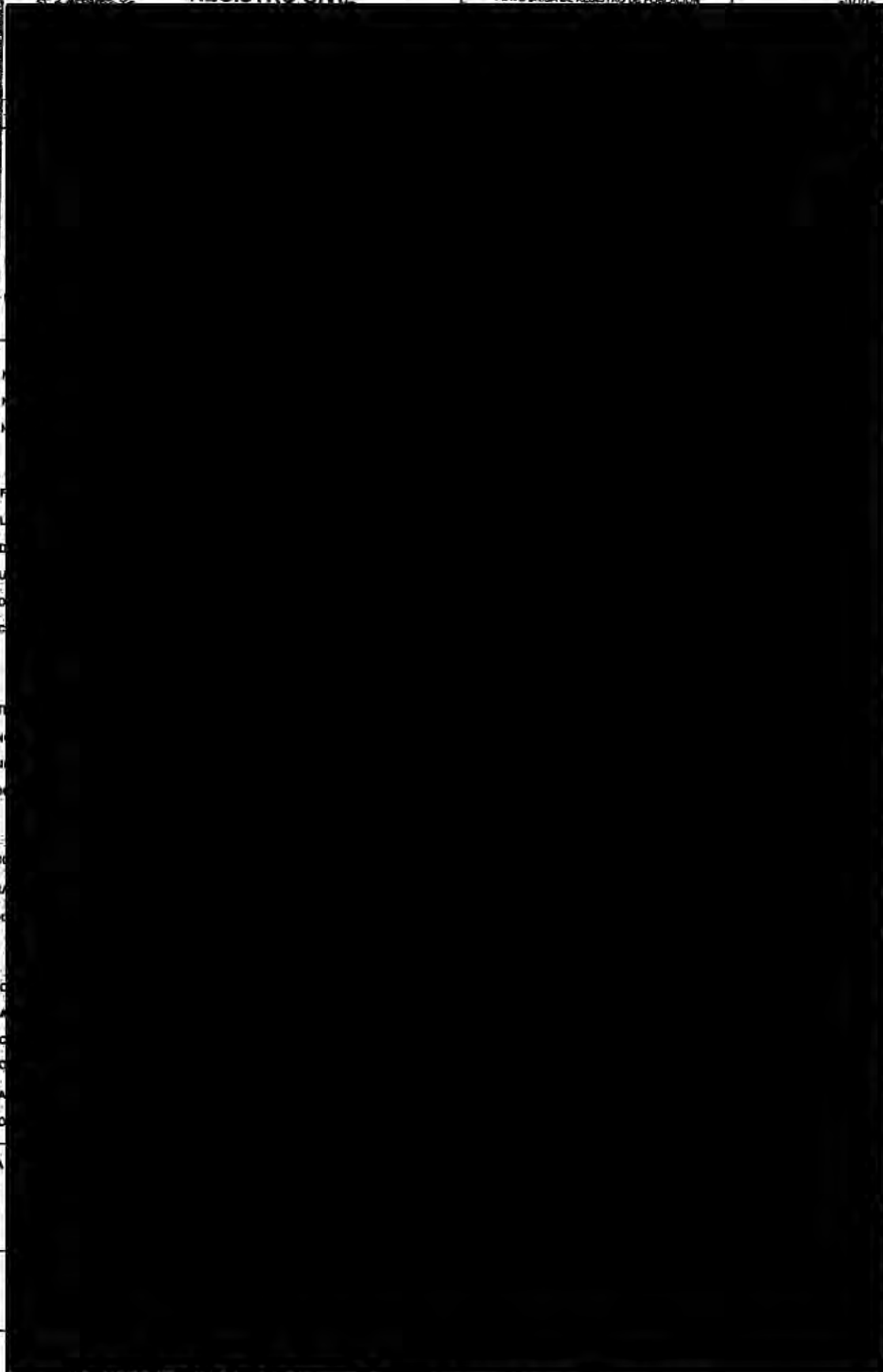
Médico que dictaminó: [REDACTED]

Lugar de inhumación: [REDACTED]

Lo que comunico a Usted, para los efectos legales correspondientes a que haya lugar.

[REDACTED]





SIC

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA RIQUE

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

[Redacted]

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	[Redacted]										
	2. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	Años cumplidos: 3 5					Se ignora <input type="radio"/>
	3. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6, Viudo(a) <input type="radio"/> 2, Casado(a) <input type="radio"/> 5, Soltero(a) <input type="radio"/> 4, Se ignora <input type="radio"/> 9 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 7, Divorciado(a) <input type="radio"/> 3										
DE LA DEFUNCIÓN	10. RESIDENCIA HABITUAL	[Redacted]										
	11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 1, Preescolar <input type="radio"/> 12, Primaria <input type="radio"/> 3, Secundaria <input type="radio"/> 5, seleccionada es: [Redacted], Se ignora <input type="radio"/> 99 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7, Profesional <input checked="" type="radio"/> 8, Posgrado <input type="radio"/> 10, Se ignora <input type="radio"/> 99, Completa <input checked="" type="radio"/> 1, Incompleta <input type="radio"/> 2, No <input type="radio"/> 2, Se ignora <input type="radio"/> 9										
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1, ISSSTE <input type="radio"/> 3, SEDENA <input type="radio"/> 5, Seguro Popular <input type="radio"/> 7, Otra <input type="radio"/> 8, Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99 IMSS <input type="radio"/> 2, PEMEX <input type="radio"/> 4, SEMAR <input type="radio"/> 6, IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10, 13.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]										
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1, IMSS <input type="radio"/> 3, PEMEX <input type="radio"/> 5, SEMAR <input type="radio"/> 7, Otra unidad <input type="radio"/> 9, Unidad médica <input type="radio"/> 8, 14.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted], Via pública <input type="radio"/> 10, Otro lugar <input type="radio"/> 12, Hogar <input checked="" type="radio"/> 11, Se ignora <input type="radio"/> 99										
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo. [Redacted]										
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1, El parto <input type="radio"/> 2, El puerperio <input type="radio"/> 3, 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1, No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 3, No <input type="radio"/> 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Redacted]			
DEL REG. CIVIL	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1, Homicidio <input checked="" type="radio"/> 2, Suicidio <input type="radio"/> 3, Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1, No <input checked="" type="radio"/> 2, Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0, Área deportiva <input type="radio"/> 3, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1, Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4, Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2, Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5, Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): [Redacted]										
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	12020090500707160519.										
	22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	22.7.1 Tipo de vialidad: [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad: [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior: [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior: [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted]										
DEL CERTIFICANTE	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	Núm.: [Redacted] Libro Núm.: [Redacted]										
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	32.1 Localidad: [Redacted] 32.2 Municipio o delegación: [Redacted] 32.3 Entidad federativa: [Redacted] 32.4 Día: [Redacted] 32.5 Mes: [Redacted] 32.6 Año: [Redacted]										

Fracc. V, VII LFTAIP

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
UNIDAD DE ATENCIÓN TEMPRANA 3.

CARPETA DE INVESTIGACIÓN

OFICIO NÚMERO:

ASUNTO: SE AUTORIZA ENTREGA DE
CADAVER

"2019, Año del Caudillo del Sur Emiliano Zapata"

**C. ENCARGADO DEL SERVICIO MEDICO FORENSE
DE LA SECRETARIA DE SALUD
PRESENTE.**

En cumplimiento a mi acuerdo de esta fecha y con fundamento en los Artículos 21 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 139 de la Constitución Política Local, 131 Fracción I, 271 último párrafo del Código Nacional de Procedimientos Penales y 11 Fracción XVIII de la Ley Orgánica número 500 de la Fiscalía General del Estado, Solicito a usted ordene a quien corresponda realice la entrega del cadáver de la Persona que en vida respondió al Nombre de [REDACTED] a los CC. [REDACTED]

[REDACTED], para que sea trasladado y sepultado en el [REDACTED] dicho cadáver sera traslado en una carroza de la Funeraria [REDACTED] así mismo les sea entregado el Certificado de Defunción Correspondiente.

Atentamente

FISCALÍA
GENERAL DEL ESTADO
AGENCIA DEL TERCER
COMISARIAL DEL DISTRITO
CENTRAL

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

FORENSE
manifiesta



514

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
UNIDAD DE ATENCIÓN TEMPRANA 3.

CARPETA DE INVESTIGACIÓN

OFICIO NÚMERO:

ASUNTO:

SE NOTIFICA
FALLECIMIENTO

"2019, Año del Caudillo del Sur Emiliano Zapata"

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
P R E S E N T E.

Por este conducto notifico a Usted, del fallecimiento de la persona del sexo [REDACTED] que en vida respondió al nombre de [REDACTED] de quien informo lo siguiente:

Nombre:	[REDACTED]
Edad:	[REDACTED]
Ocupación:	[REDACTED]
Domicilio:	[REDACTED]
Padres:	[REDACTED]
Nacionalidad:	[REDACTED]
Estado Civil:	[REDACTED]
Originario:	[REDACTED]
Instrucción:	[REDACTED]
Lugar del Levantamiento:	[REDACTED]
Fecha del Levantamiento:	[REDACTED]
Causa de Muerte:	[REDACTED]
Médico que dictaminó:	[REDACTED]
Lugar de inhumación:	[REDACTED]

Lo que
haya lugar.

dientes a que

ón,
o,
no,

AGENCIA
COMÚN

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

VICTORIA
Nombre(s)

VERON
Primer Apellido

Segundo Apellido

¿En el extranjero?

SI NO

NACIONALIDAD

Se ignora

Sexo

Viudo(a) 2

Casado(a) 5

Soltero(a) 6

Se ignora 7

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN
 DE SUJETOS RELIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añade una sola causa en cada renglón. Evite, señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Causas antecedentes
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa mencionada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

Debido a (u como consecuencia de)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

10 MIN.

1 HRS.

Código CIE

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1

El parto 2

El puerperio 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto 4

No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

SI 1

NO 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

SI 1

NO 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

22.1 Fue un presunto

Accidente 1

Homicidio 2

Suicidio 3

Se ignora 9

22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

SI 1

NO 2

Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular 0

Área deportiva 3

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1

Calle o carretera (vía pública) 4

Escuela u oficina pública 2

Área comercial o de servicio 5

Área industrial (taller, fábrica u obra) 6

Granja (rancho o parcela) 7

Otro 8

Se ignora 9

22.4 Añade la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a)

22.5 La relación fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Añade el domicilio (donde ocurrió la lesión)

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

EL REG. CIVIL

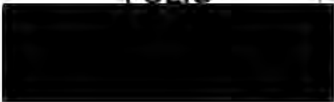
Hím. Libro Núm.

32.1 Localidad

Motivación 1

Motivación 2

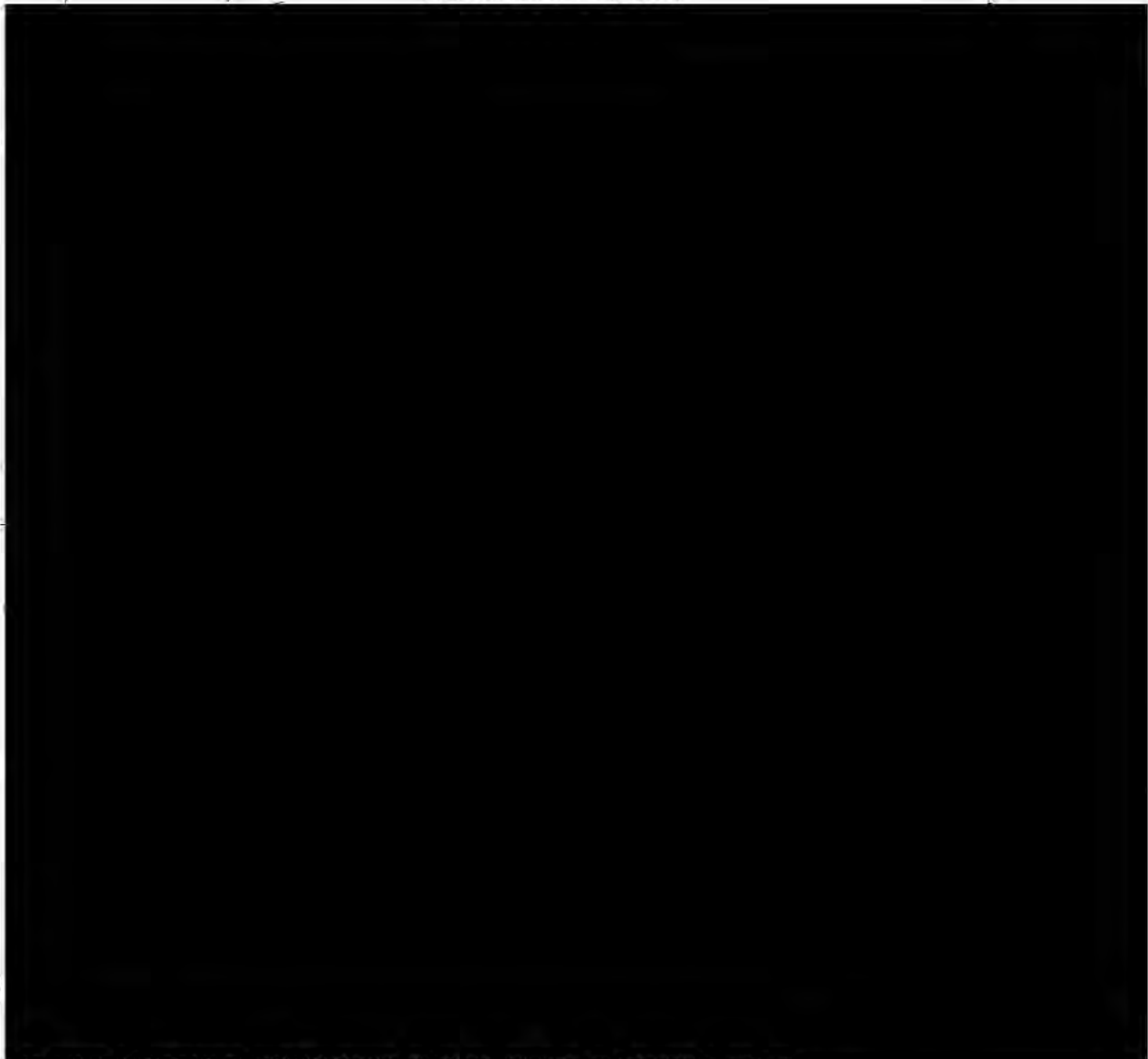
FOLIO



EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE GUERRERO Y COMO OFICIAL DE REGISTRO CIVIL, CERTIFICO; QUE EN EL LIBRO NO. [REDACTED] DEL ARCHIVO GENERAL DEL REGISTRO CIVIL SE ENCUENTRA ASENTADA EL ACTA NO. [REDACTED] DE FECHA [REDACTED] LEVANTADA POR EL C. OFICIAL 01 DEL REGISTRO CIVIL RESIDENTE EN ZIHUATANEJO DE AZUETA

219

ACTA DE DEFUNCION



SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACION EN CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO 302 DEL CODIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO, EN ZIHUATANEJO, ZIHUATANEJO DE AZUETA, GRO [REDACTED] DOY FE.



LIC. FRANCISCO COTIERRA FIERRO
NOMBRE Y FIRMA

COTEJO:
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
MUNICIPIO DE ZIHUATANEJO
DE AZUETA, GRO.



OFICIALIA 01
DEL REGISTRO CIVIL

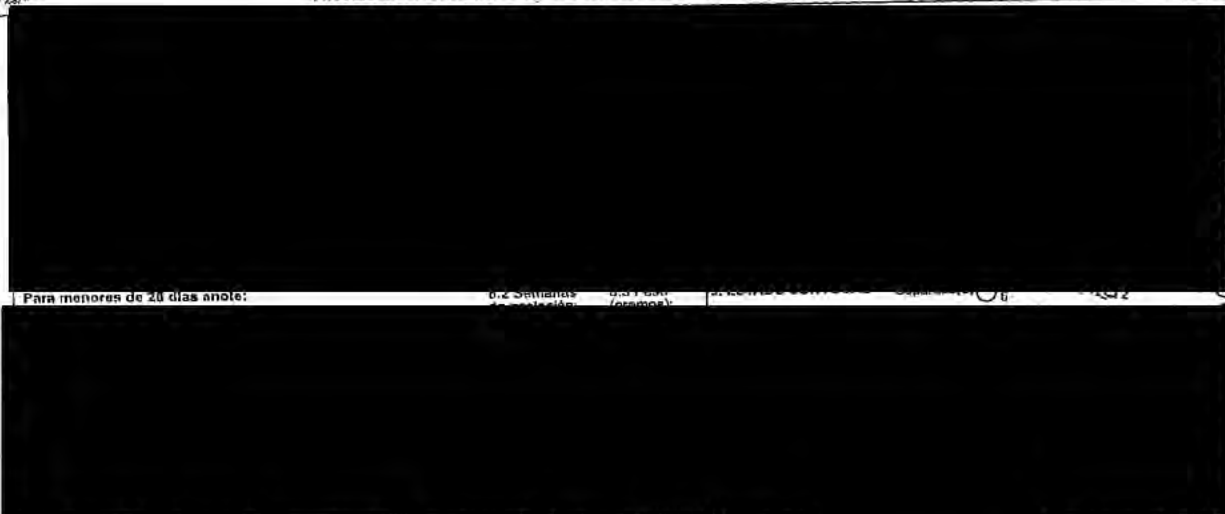
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

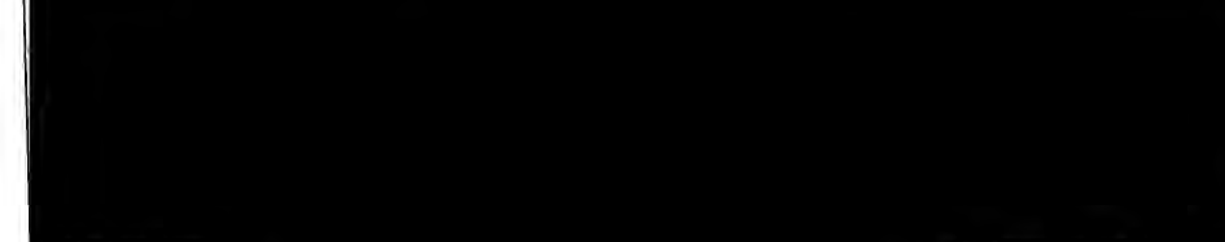
DEL FALLECIDO



Para menores de 20 días anote: 0.2 Semanas 0.3 Meses 0.4 Trimestres 0.5 Semestres 0.6 Años

Ninguna 01 Preescolar 12 Primaria 03 Secundaria 05 Bachillerato o preparatoria 07 Profesional 08 Posgrado 10 Se ignora 99 Completa 01 Incompleta 02

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna 01 ISSSTE 03 SEDENA 05 Seguro Popular 07 Otra 08 IMSS 06 PEMEX 04 SEMAR 08 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99



19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Entre el inicio de la enfermedad y la muerte: Código CIE

Debido a (o como consecuencia de):

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 ¿Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 01 El parto 02 El puerperio 03

13 días a 11 meses después del parto o aborto 04 No estuvo embarazada en sus últimos 11 meses previos a la muerte 05

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 01 No 02

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 01 No 02

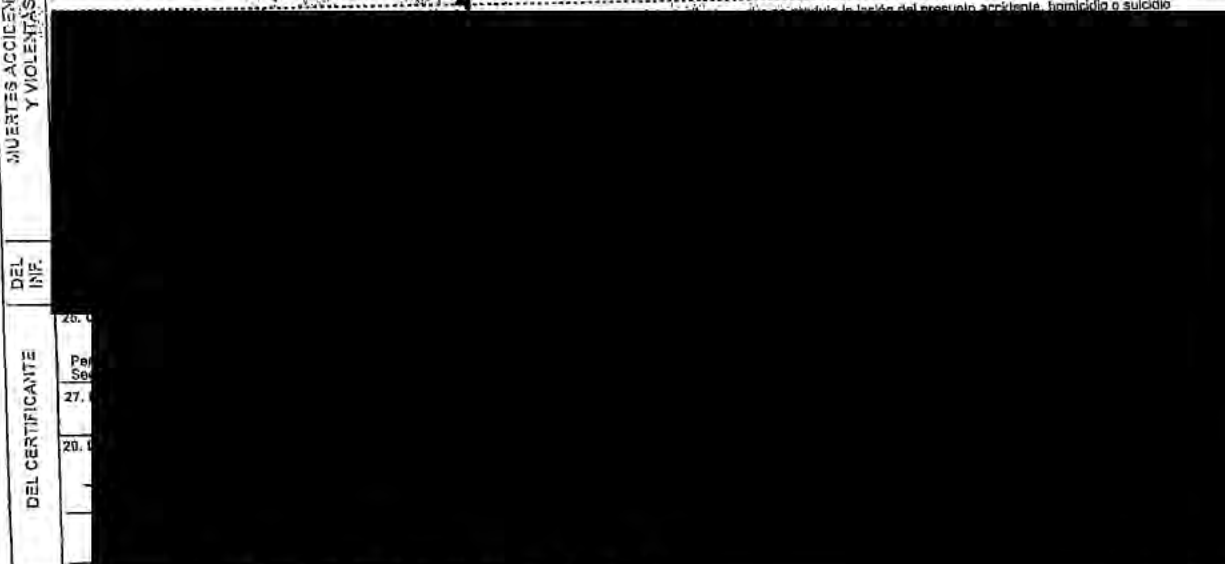
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

22.1 Fue un presunto: Accidente 01 Homicidio 02 Suicidio 03 Se ignora 08

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 01 No 02 Se ignora 09

22.3 Si lo donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 01 Área deportiva 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 04 Calle o carretera (vía pública) 02 Área comercial o de servicios 05 Escuela u oficina pública 02

22.4 Anote la relación que tenía el presunto egresado con el(los) fallecido(s): Área industrial (taller, fábrica u obra) 06 Granja (rancho o parcela) 07 Otro 08 Se ignora 09



31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. _____, Libro Núm. _____

31.1 Acta Núm. _____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

32.1 Localidad: _____

32.2 Municipio o delegación: _____

32.3 Entidad federativa: _____

32.4 Día: _____ Mes: _____ Año: _____

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Se ignora

Especifique _____

Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL
 Anote el domicilio permanente donde _____

10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior

10.7 Código Postal _____

10.9 Municipio o delegación _____

10.10 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero) _____

11. ESCOLARIDAD

Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5
 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1 Incompleta 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL

12.1 Trabajaba Sí 1 No 2 Se ignora 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS

Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I
 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) _____
 b) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica _____
 c) _____
 d) _____

PARTE II
 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo _____

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____

Código CIE _____

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
 El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3
 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
 Código CIE _____

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto
 Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí 1 No 2 Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión
 Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Escuela u oficina pública 2
 Área deportiva 3 Calle o carretera (vía pública) 4 Área comercial o de servicio 5

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a)
 Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad _____

22.7.2 Nombre de la vialidad _____

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO

Núm. _____ Libro Núm. _____

31.1 Acta Núm. _____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

32.1 Localidad _____

32.2 Municipio o delegación _____

32.3 Entidad federativa _____

32.4 Día _____ **Mes** _____ **Año** _____

31.11 Teléfono _____

31.12 _____

31.13 _____

31.14 _____

31.15 _____

31.16 _____

31.17 _____

31.18 _____

31.19 _____

31.20 _____

31.21 _____

31.22 _____

31.23 _____

31.24 _____

31.25 _____

31.26 _____

31.27 _____

31.28 _____

31.29 _____

31.30 _____

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTA 1ª COPIA AL INEGI

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP

Motivación 1 Motivación 2

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

3. EDAD CUMPLIDA

Para menores de una hora

Minutos

Para menores de un día

Horas

Para menores de un mes

Días

Para menores de un año

Meses

Para personas de un año o más

Para menores de 28 días anote:

3.1 Folio del Certificado de Nacimiento:

3.2 Semanas de gestación:

3.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL

Separado(a) 6

Viudo(a) 2

Casado(a) 5

11. ESCOLARIDAD

Ninguna 1

Preescolar 12

Primaria 3

Secundaria 4

Bachillerato o preparatoria 7

Profesional 8

Posgrado 10

Se ignora 99

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 1

ISSSTE 3

SEDENA 5

IMSS 2

PEMEX 4

SEMAR 6

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud 1

IMSS 3

PEMEX 5

SEMAR 7

Otro lugar 12

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I
 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a)

Causas antecedentes
 Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b)

c)

d)

Debido a (o como consecuencia de)

PARTE II
 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

5 DIAS

Código CIE

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1

El parto 2

El puerperio 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto 4

No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

SI 1

No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

SI 1

No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidente 1

Homicidio 2

Suicidio 3

Se ignora 9

SI 1

No 2

Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular 0

Área deportiva 3

Vivienda colectiva (silo, orfanato, etc.) 1

Calle o carretera (vía pública) 4

Escuela u oficina pública 2

Área comercial o de servicio 5

Área Industrial (taller, fábrica u obra) 6

Granja (rancho o parcela) 7

Otro 8

Se ignora 9

22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vitalidad

22.7.2 Nombre de la vitalidad

22.7.3 Núm. Exterior

22.7.4 Núm. Interior

22.7.5 Tipo de asentamiento humano

22.7.6 Nombre del asentamiento humano

22.7.7 Código Postal

22.7.8 Localidad

22.7.9 Municipio o delegación

22.7.10 Entidad Federativa

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

Art. 1

Frac.

REC. VIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO



32.1 Localidad

Motivación 1

Motivación 2

EN SUSE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (VERDE) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

	ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	FECHA DE REGISTRO 23 DE MAYO DE 2019	
	MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ACTA No. 00537	

FINADO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] GUERRERO

DOMICILIO: [REDACTED] IGUALA

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR: SECRETARIA DE SALUD [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

ONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO: [REDACTED]

NO. DE CEDULA: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS AMENDACIONES SIGUIENTES

FIRMAS

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA 





CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [REDACTED]

2. FECHA DE NACIMIENTO: Nombre(s) [REDACTED] Primer Apellido [REDACTED] Segundo Apellido [REDACTED]

5. CORP [REDACTED] Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) [REDACTED]

6. ¿HABLABA ALGUNA [REDACTED] 7. NACIONALIDAD [REDACTED]

DEL FALLECIDO

Para menores de 28 días anote:
 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [REDACTED]
 8.2 Semanas de gestación: [REDACTED] 8.3 Peso (gramos): [REDACTED]

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) Viudo(a) Casado(a)

10.1 Municipio o delegación [REDACTED] 10.2 Estado, provincia o país (si reside en el extranjero) [REDACTED]

11. ESCOLARIDAD: Ninguna 1 Prescolar 2 Primaria 3 Secundaria 5
 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1 Incompleta 2

12.1 Trabajaba: Sí 1 No 2 Se ignora 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8
 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99

13.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [REDACTED]

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
a) [REDACTED]		
b) Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa mencionada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		
c) Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED]		
d) Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED]		

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
 El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3
 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto: Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí 1 No 2 Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión:
 Vivienda particular 0 Área deportiva 3
 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4
 Escuelas u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5
 Área Industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a) [REDACTED]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [REDACTED]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad [REDACTED] 22.7.2 Nombre de la vialidad [REDACTED]

22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior [REDACTED] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [REDACTED] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [REDACTED]

22.7.7 Código Postal [REDACTED] 22.7.8 Localidad [REDACTED]

DEL INF.

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO [REDACTED]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 29.11 teléfono [REDACTED] Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]

32.1 Localidad [REDACTED]

DEL CERTIFICANTE

33. MOTIVACIÓN 1 [REDACTED] Motivación 2 [REDACTED]

SEGUER EL ORIGINAL, LA COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

Mayo 19

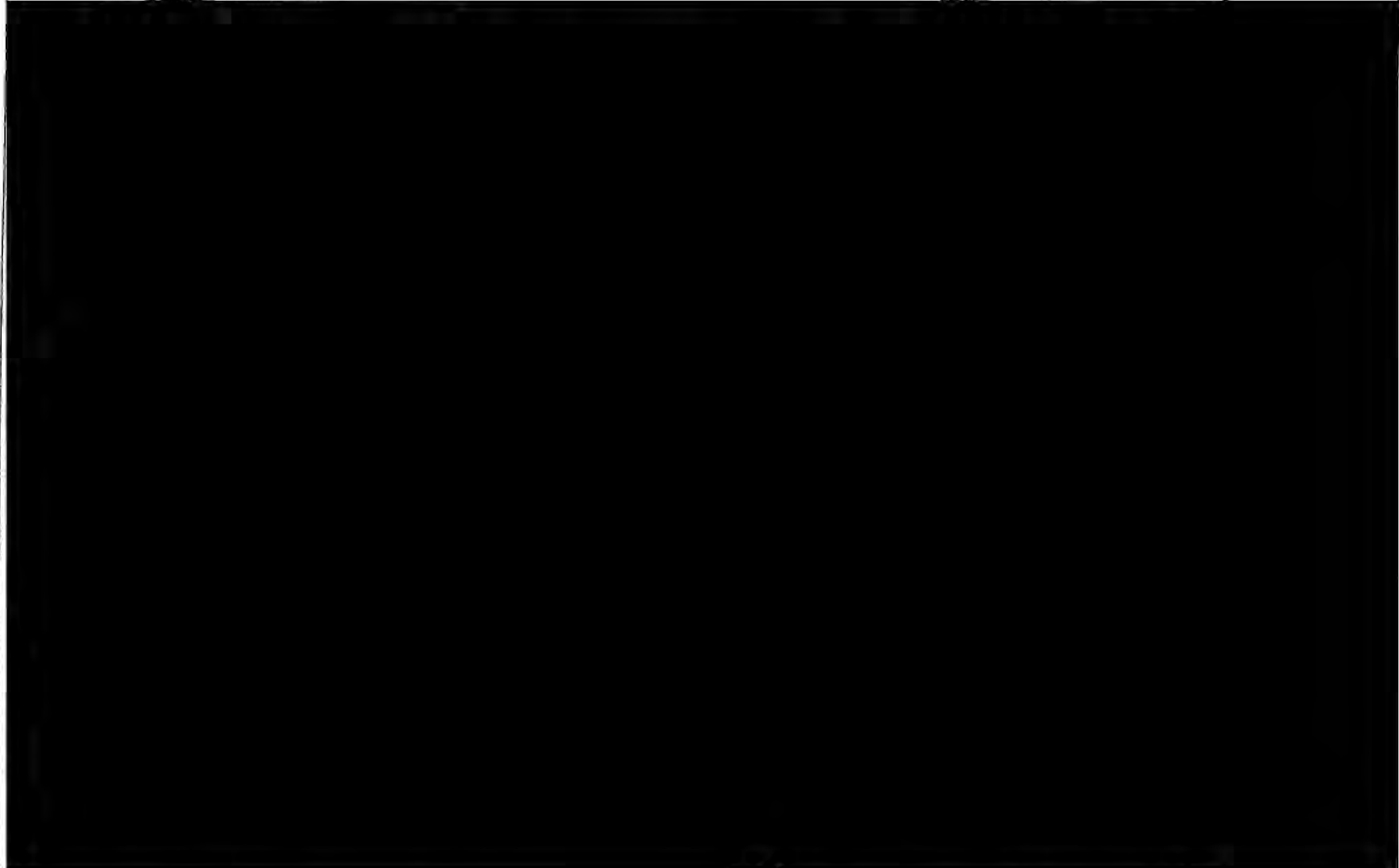
STATE OF ILLINOIS



SECRETARY OF STATE

COUNTRY OF DESTINATION: MEXICO

APOSTILLE
(Convention de La Haye du 5 Octobre 1961)



Jesse White

JESSE WHITE
SECRETARY OF STATE
STATE OF ILLINOIS

This Apostille only certifies the signature and the seal or stamp it bears. It does not certify content of the document for which it was issued.

THIS APOSTILLE IS NOT VALID WITHIN THE UNITED STATES OF AMERICA

Printed on recycled paper. Printed by authority of the State of Illinois. August 2018 - 100M - I 168.4

CERTIFICATION OF DEATH RECORD

COOK COUNTY CLERK VITAL RECORDS
CHICAGO, ILLINOIS
MEDICAL CERTIFICATE OF DEATH

STATE FILE NUMBER [REDACTED]

DECEDENT'S LEGAL NAME
HERMILO OLAYO

DATE ISSUED [REDACTED]

DEATH
22, 2019

PLACE OF DEATH [REDACTED]

IMMEDIATE CAUSE
(Final disease or condition
resulting in death)

Due to (or as a consequence of) [REDACTED]

Due to (or as a consequence of) [REDACTED]

APPROXIMATE
INTERVAL BETWEEN
ONSET AND DEATH

INJURY AT WORK? [REDACTED]

25, 2019

ISSUING OFFICER'S LICENSE NUMBER [REDACTED]

BELMONT AVENUE [REDACTED]



This is to certify that this is a true and correct copy from the official death record filed with the Illinois Department of Public Health.





OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 27 DE MAYO DE 2019	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ACTA No. 00542	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: CALL [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD)

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR: IMSS [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]

UBICACION: LOTE 1831 [REDACTED]

ONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE D [REDACTED]

O. DE CED [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD [REDACTED]

DOMICILIO [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FIRMAS

[REDACTED SIGNATURES]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

[Handwritten Signature]
FIRMA





SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) _____

(Sexo) Señora

8. EDAD CUMPLIDA

Para menores de una hora: Minutos _____

Para menores de un día: Horas _____

Para menores de un mes: Días _____

Para menores de un año: Meses _____

Para personas de un año o más: _____

Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____ 8.2 Semanas de gestación: _____ 8.3 Peso (gramos): _____

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) 6 Vido(a) 2 Casado(a) 5

En unión libre Divorciado(a) Soltero(a) Se ignora

11. ESCOLARIDAD

Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5

Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta

12. OCUPACIÓN HABITUAL _____ Se ignora 99

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 6

IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PRO 7

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7

IMSS PROSPERA 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8 Unidad médica privada 9

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Calle _____

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) _____

b) Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

c) Debido a (o como consecuencia de) _____

d) _____

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 10 días

Código CIE _____

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

3 años

24 años

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto: Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1 No 2 Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0 Área deportiva 3

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4

Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____

22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____

22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUEERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA Y LA COPIA (ACTA) AL REGISTRO CIVIL PARA CELEBRAR EL ACTA DE DEFUNCIÓN



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	
LIBRO 03	31 DE MAYO DE 2019	
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ACTA No. 00570	LOCALIDAD IGUALA
		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR: SECRETARIA DE S [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]

UBICACION: LOTE 554 PP [REDACTED]

ONDE FALLECIO: AV [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL M [REDACTED]

NO. DE CEDULA [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FIRMAS

TESTIGO [REDACTED]

DECLARANTE [REDACTED]

TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA [Signature]





SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

[Redacted]

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

[Redacted Name and Address]

8. EDAD CUMPLIDA

Para menores de una hora: Minutos
 Para menores de un día: Horas
 Para menores de un mes: Días
 Para menores de un año: Meses
 Para personas de un año o más: Años cumplidos

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:

8.2 Semanas de gestación:
 8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) , Viudo(a) , Casado(a)

DEL FALLECIDO

11. ESCOLARIDAD

Ninguna , Preescolar , Primaria , Secundaria
 Bachillerato o preparatoria , Profesional , Posgrado , Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna , ISSSTE , SEDENA , Seguro Popular , Otra

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I
 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Causas antecedentes
 Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

[Redacted Cause of Death]

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

1 hora
 1 mes
 20 años

Código CIE

PARTE II
 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
 El embarazo , El parto , El puerperio
 43 días a 11 meses después del parto o aborto , No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

SI No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

SI No

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
 Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto: Accidente , Homicidio , Suicidio , Se ignora
 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular , Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) , Escuela u oficina pública
 Área deportiva , Calle o carretera (vía pública) , Área comercial o de servicio

Área Industrial (taller, fábrica u obra) , Granja (rancho o parcela) , Otro , Se ignora

22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad

22.7.2 Nombre de la vialidad

22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior

22.7.5 Tipo de asentamiento humano

22.7.6 Nombre del asentamiento humano

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

Art. 110 Fracc. V

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

Motivación 1

32.1 Localidad

Motivación 2

ESTE FUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (VERDE) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES



FECHA DE REGISTRO
11 DE JUNIO DE 2019

ACTA No
00614

LOCALIDAD
IGUALA

ENTIDAD FEDERATIVA
GUERRERO

FINADO



NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

AÑOS MESES DIAS HORAS

LUGAR DE DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

ONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL [REDACTED]

NO. DE CEDULA: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FIRMAS

TESTIGO

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
MUNICIPIO DE LA INDEPENDENCIA, G.S.O.
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2018 - 2021

SELLO DE LA OFICIALIA

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] **3. SEXO** [Redacted] **4. ENTIDAD DE NACIMIENTO** [Redacted]

5. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años [Redacted]

6.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] **6.2 Semanas de gestación:** [Redacted] **6.3 Peso (gramos):** [Redacted] **9. ESTADO CONYUGAL** Separado(a) 6 Viudo(a) 2 Casado(a) 5 Se ignora 9

10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]

11.1 La escolaridad seleccionada es: Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99 **12. OCUPACIÓN** [Redacted] Se ignora 99

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 IMSS PROSPERA 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8 Unidad médica privada 9 **14.1 Nombre de la unidad médica** [Redacted] **13.1 Número de seguridad social o afiliación** [Redacted] **13.2 Tipo de vivienda** Via pública 10 Otro lugar 12 Hogar 99

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa)

PARTE I	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	[Redacted]	[Redacted]
Debido a (o como consecuencia de)		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		
Debido a (o como consecuencia de)		
Debido a (o como consecuencia de)		
PARTE II		
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto: Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1 No 2 Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0 Área deportiva 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4 Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

DEL REG. CIVIL OFICIALIA O JUZGADO [Redacted] **DEL REG. Y FECHA DE REGISTRO** 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] Año [Redacted]

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAI

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE L. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS DELIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS


DEL INF. DEL CERTIFICANTE

Motivación 1

Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
PLATAFORMA DE REGISTRO DE IDENTIFICACION
NAMES30205HGIVRLOS

	OFICIALIA 077112	FECHA DE REGISTRO 07 DE JUNIO DE 2019	
	LIBRO 03	ACTA No. 00597	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA			ENTIDAD FEDERATIVA QUERREARO
FINADO			

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED]

DOMINIO: [REDACTED]

(LOCALIDAD): [REDACTED]

(ENTIDAD FEDERATIVA): [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FECHA DE [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]

UBICACION: PRIMERA CLAS [REDACTED]

ONDE FALLECIO: BOLA [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL [REDACTED]

NO. DE CEDUL [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONAL [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

[REDACTED]

[REDACTED]

FIRMAS

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICIPARES

INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1 NOMBRE DEL FALLECIDO(A) **ESTEBE RAMON** **MARAFRO** **MUR VIDA**
 Nombre(s) Segundo Apellido

2 Fecha de nacimiento: Día Mes Año **01** **02** **09**
 5 CURP **[REDACTED]** Evidencia federal o estatal si nació en el extranjero

3 NACIONALIDAD mexicana Se ignora
 Otra

4 CUMPLIDA de una hora Minutos Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año Para personas de un año o más
 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos): 9. ESTADO CONYUGAL Separado(e) Casado(a)

11.1 La escolaridad seleccionada es:
 Ninguna Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5
 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99 Completa 1 Incompleta 2

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra
 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7
 IMSS 2 ISSSTE 4 SEDENA 5 OTRA UNIDAD 99 Unidad 14.1 Nombre de la unidad médica: Via pública 10 Otro lugar 12

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Asistencia, etc.)
 PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) **[REDACTED]** Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: **5 DÍAS** Código CIE
 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) **[REDACTED]** **5 DÍAS**
 c) **[REDACTED]**
 d) **[REDACTED]**
 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo **NEUROCIPTIOBACUSIS** **10 AÑOS**

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3
 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5
 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2
 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE **[REDACTED]**

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:
 22.1 Fue un presunto: Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9
 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1 No 2 Se ignora 9
 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0 Área deportiva (taller, fábrica u obra) 6
 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4 Granja (rancho o parcela) 7
 Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5 Otra 8 Se ignora 9
 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)
 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: 22.7.2 Nombre de la vivienda:



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 07 DE JUNIO DE 2019	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ACTA No. 00595	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
 LUGAR: SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: ANTIGUO MUNICIPAL
 UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
 LUGAR DONDE FALLECIO: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
 NOMBRE DE [REDACTED]
 NO. DE CEDU [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

TESTIGO: [REDACTED] FIRMAS: [REDACTED] TESTIGO: [REDACTED]
 DECLARANTE: [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA [Handwritten Signature]



ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NO FALTE

2. FECHA

7. NACIONALIDAD
 Mexicana 1 Se ignora 0
 Otra 2 Especifique

8. EDAD CUMPLIDA
 Para menores de una hora: Minutos
 Para menores de un día: Horas
 Para menores de un mes: Días
 Para menores de un año: Meses
 Para personas de un año o más: Años

9. ESTADO CONYUGAL
 Separado(a) 6 Viudo(a) 2 Casado(a) 5

10. ESCOLARIDAD
 Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 11
 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
 Ninguna 1 ISSSTE 4
 IMSS 2 PEMEX 5

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
 Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I
 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Causas antecedentes
 Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

PARTE II
 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
 6 hrs
 6 hrs

Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
 El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3
 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estaba embarazada en los últimos meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?
 Sí 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
 Sí 1 No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
 Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto:
 Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?
 Sí 1 No 2 Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión:
 Vivienda particular 0 Área deportiva 3
 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4
 Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a):
 Área Industrial (taller, fábrica u obra) 6
 Granja (rancho o parcela) 7
 Otro 8
 Se ignora 9

22.5 La delación fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:
 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad
 22.7.2 Nombre de la vialidad

22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior
 22.7.5 Tipo de asentamiento humano
 22.7.6 Nombre del asentamiento humano

DEL INF. DEL CERTIFICANTE

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

32.1 Localidad



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
FECHA DE REGISTRO
11 DE JUNIO DE 2019
ACTA No.
00613

LOCALIDAD
IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA
GUERRERO
FINADO



NOMBRE: [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]
IGUALA (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: IGUALA [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]
UBICACION: DEPARTAMENTO DE PRIMERA CLASE [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

ONDE FALLECIO: [REDACTED]
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
NOMBRE DEL MEDICO: [REDACTED]
NO. DE CEDULA: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS AÑOTACIONES SIGUIENTES

FIRMAS
TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL



EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA [Handwritten Signature]





SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]

5. [Redacted] Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

6. ¿HABLA ALGUNA [Redacted] 7. NACIONALIDAD [Redacted] Se ignora

8. EDAD CUMPLIDA [Redacted]

10. [Redacted]

10.3 [Redacted]

11. ESCOLARIDAD [Redacted]

11.1 La escolaridad seleccionada es: [Redacted]

12. OC [Redacted]

12.1 Tr [Redacted]

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD [Redacted]

13.1 Número de seguridad social afiliado [Redacted]

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I
 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente [Redacted]

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted]

Código CIE [Redacted]

24 hrs [Redacted]

24 hrs [Redacted]

1 mes [Redacted]

1 año [Redacted]

24 hrs [Redacted]

8 años [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto: Accidente Homicidio Suicidio Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Vivienda colectiva Escuela u oficina pública

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente, la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Redacted]

32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted]

32.4 Día [Redacted] 32.5 Mes [Redacted] 32.6 Año [Redacted]

DEL CERTIFICANTE

DEL INF.

Art 110 [Redacted]

Art 113 [Redacted]

Frac [Redacted]

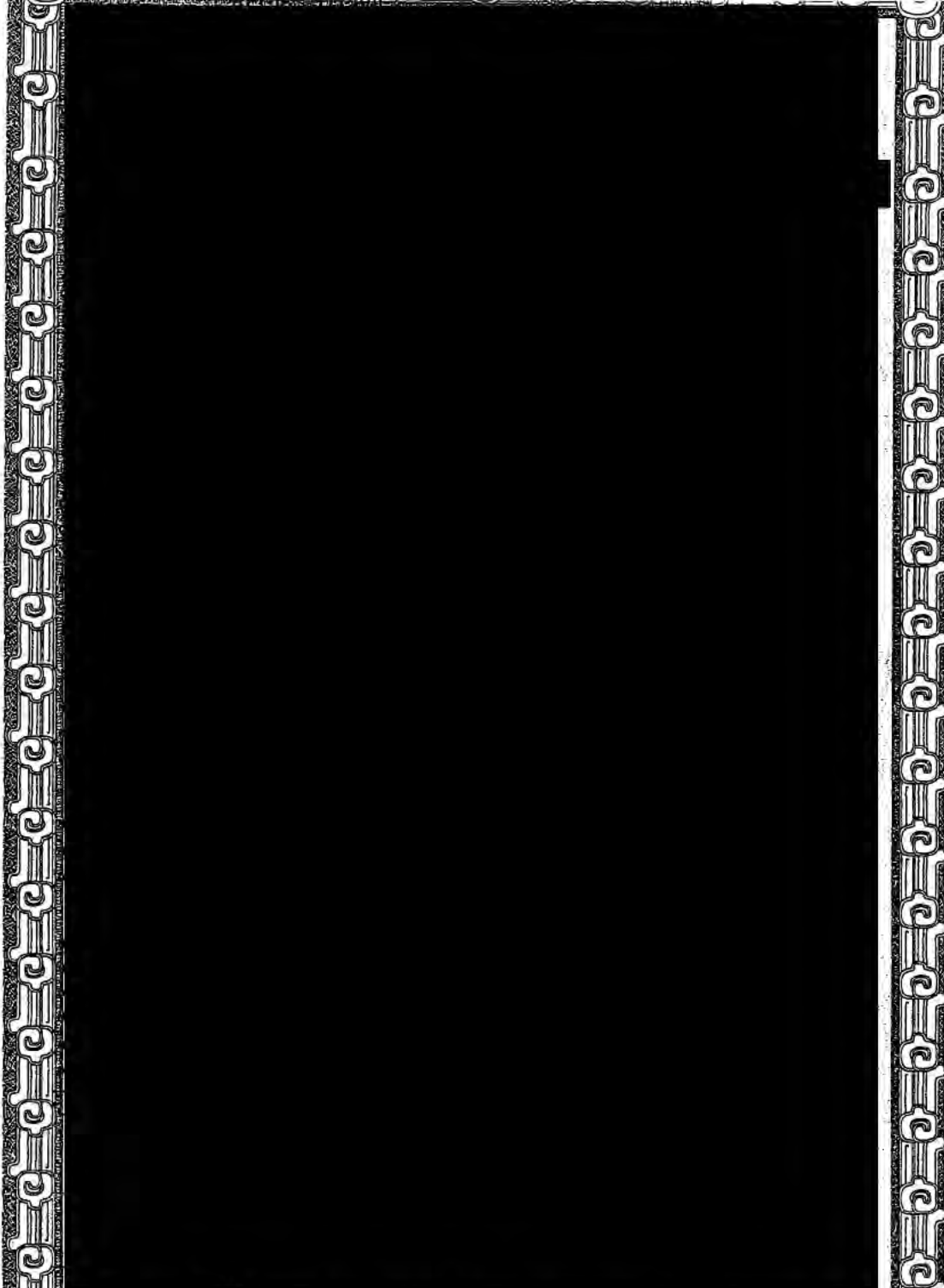
LFTAI [Redacted]

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 1

Motivación 2

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA (ROSA) Y LA COPIA AZUL AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES



123

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



EL C. OFICIAL NÚM. 09 DEL REGISTRO MUNICIPAL DEL AYUNTAMIENTO
LIC. CAMERINO GARCIA ROO CONSTITUCIONAL
COMISIÓN DE LA INDEPENDENCIA

[Handwritten signature]
FIRMA



SELLO DE LA OFICIALIA

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. EDAD DEL FALLECIDO [Redacted]

3. Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

4. Sexo: Masculino Femenino Otro

5. Estado Civil: Casado/a Soltero/a Viudo/a Separado/a Divorciado/a Concubino/a Otro

6. Ocupación: [Redacted] Se ignora

7. Especificar: [Redacted]

8. Fecha: [Redacted]

9. Lugar: [Redacted]

10.1 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]

11. ESCOLARIDAD: Ninguna 1, Preescolar 12, Primaria 3, Secundaria 5, Dactilógrafo o preparador 7, Profesional 8, Posgrado 10, Se ignora 99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1, Incompleta 2

12. OCUPA: [Redacted] Se ignora 99

12.1 Trabajaba: Si 1, No 2, Se ignora 9

13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna 1, IMSS 2, PEMEX 4, SEDENA 5, SEMAR 6, Seguro Popular 7, Otra 8, IMSS PROSPERA 10, Se ignora 99

13.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud 1, IMSS 3, PEMEX 5, SEMAR 7, IMSS PROSPERA 2, ISSSTE 4, SEDENA 6, Otra unidad pública 8, Unidad médica privada 9

14.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted]

Via pública 10, Otro lugar 12, Hogar 11, Se ignora 99

15. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: [Redacted]

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica: [Redacted]

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo: [Redacted]

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: [Redacted]

Código CIE: [Redacted]

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: [Redacted]

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica: [Redacted]

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo: [Redacted]

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: [Redacted]

Código CIE: [Redacted]

21. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS?

21.1 ¿Es obstinada si la muerte ocurrió durante: El parto 1, El puerperio 2, El embarazo 3, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 4, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si 1, No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si 1, No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Redacted]

22. ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

22.1 Fue un presunto: Accidente 1, Homicidio 2, Suicidio 3, Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si 1, No 2, Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1, Escuela u oficina pública 2, Área deportiva 3, Calle o carretera (via pública) 4, Área comercial o de servicio 5, Área Industrial (taller, fábrica u obra) 6, Granja (rancho o parcela) 7, Otro 8, Se ignora 9

22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): [Redacted]

22.5 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

22.7 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

22.7.1 Tipo de vialidad: [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad: [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior: [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior: [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted]

22.7.7 Código Postal: [Redacted]

23.1 Teléfono: [Redacted] Día: [Redacted] Mes: [Redacted] Año: [Redacted]

23.2 Municipio o delegación: [Redacted] 23.3 Entidad federativa: [Redacted] 23.4 Día: [Redacted] Mes: [Redacted] Año: [Redacted]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: [Redacted]

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL REG. CIVIL

DEL CERTIFICANTE

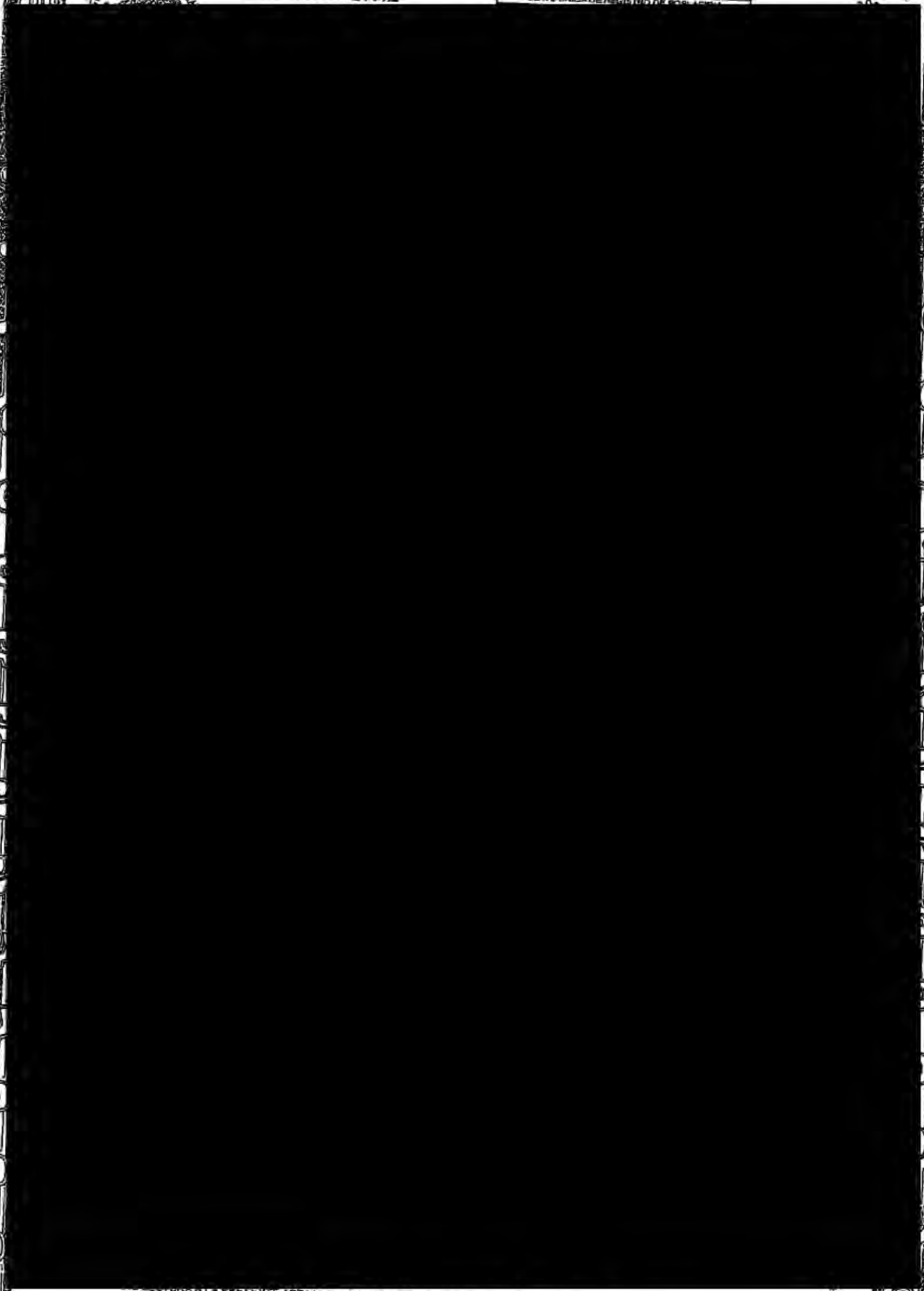
DEL REG. CIVIL

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE OBJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES



54/C



EN LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

SECRETARÍA DE JUSTICIA
ADMINISTRACIÓN
CIVIL



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1960

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (PÉL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. Primer Apellido		Segundo Apellido	
	5. CURP		7. NACIONALIDAD		Se ignora <input type="radio"/>	
	8. EDAD CUMPLIDA		Mexicana <input checked="" type="radio"/>		Otra <input type="radio"/> Especifique	
	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		
DE LA DEFUNCIÓN		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		
		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		Código CIE		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		
		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		
		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		
		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad
DEL INF.		22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior		
		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano		
DEL CERTIFICANTE		29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		
		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		

Art. 110

REG. CIVIL

Motivación 1

LFTAIP

Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL REG. CIVIL

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. E. [Redacted]	
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		8. EDAD CUMPLIDA/ Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 9 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 9		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS <input type="radio"/> 2 Otra unidad <input type="radio"/> 9	
14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Nombre de la unidad médica		14.3 Nombre de la unidad médica		14.4 Nombre de la unidad médica	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Código CIE			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa última c) Debido a (o como consecuencia de) d)		3 días					
PARTE II Otros estados patológicos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		3 años					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 41 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Pudrición <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)	
22.5 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vivienda	
22.7.2 Nombre de la vivienda		22.7.3 Tipo de asentamiento humano		22.7.4 Tipo de asentamiento humano		22.7.5 Nombre del asentamiento humano	
31.1 Acta Núm.		32. EDAD Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad		32.2 Municipio o delegación	
31.2 Acta Núm.		32.1 Localidad		32.2 Municipio o delegación		32.3 Entidad federativa	
31.3 Acta Núm.		32.1 Localidad		32.2 Municipio o delegación		32.3 Entidad federativa	
31.4 Acta Núm.		32.1 Localidad		32.2 Municipio o delegación		32.3 Entidad federativa	
31.5 Acta Núm.		32.1 Localidad		32.2 Municipio o delegación		32.3 Entidad federativa	



ESTADO DE GUERRERO
 ESPECIALIA
 MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
 LOCALIDAD IGUALA
 ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
 FINADO

NOMBRE: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
 DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]
 IGUALA (LOCALIDAD)

NOMBRE DEL CónyUGE: [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO
 FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
 LUGAR: HOGAR [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]
 UBICACION: SEGUNDA CLASE LOTE 882 ANTIGUO MUNICIPAL

ONDE FALLECIDO: CA [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
 NOMBRE DEL [REDACTED]
 NO. DE CEDU [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
 NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
 NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FIRMAS
 TESTIGO: [REDACTED]
 DECLARANTE: [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
 LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA [REDACTED]



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		[Redacted]		
2. FECHA DE NACIMIENTO		[Redacted]		
3. LUGAR DE NACIMIENTO		[Redacted]		
4. ESTADO CONYUGAL		Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		
5. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		
6. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad: [Redacted] 14.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted] Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12		
7. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica.		
8. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		
9. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
10. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Form un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 8 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
11. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		
12. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 0 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 1 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		
13. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]		
14. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.7 Año de el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted] 22.7.1 Tipo de vialidad: [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad: [Redacted]		
15. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.7.3 Núm. Exterior: [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior: [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted]		
16. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.7.7 Códigos Postales: [Redacted]		
17. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		29.10 Entidad federativa: [Redacted] 29.11 Teléfono: [Redacted] Día: [Redacted] Mes: [Redacted] Año: [Redacted]		
18. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: [Redacted] 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: [Redacted] 32.2 Municipio o delegación: [Redacted] 32.3 Entidad federativa: [Redacted] 32.4 Día: [Redacted] Mes: [Redacted] Año: [Redacted]		

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 TODOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

Art. 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

AR 413
 Pacc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

FOLIO

nombre del [redacted] Cuernavaca de Morelos y como Oficial del Registro Civil de este lugar, hago saber a los que la presente vieren, y certifico que en el Libro Número [redacted] del Registro Civil que es a mi cargo, a la foja [redacted] se encuentran asentados los datos siguientes:

ACTA DE DEFUNCION

[Large redacted area covering the main body of the document]

[Handwritten signature of Lic. Marco Antonio Velez Luque]

LIC. MARCO ANTONIO VELEZ LUQUE
Oficial No. 03 del Registro Civil

El suscrito Oficial del Registro Civil Núm 03 de éste Municipio Certifica que los datos de la presente corresponden en todas sus letras, números y signos con su original que tuve a la vista.

Certificación que se expide en: CUERNAVACA, MORELOS



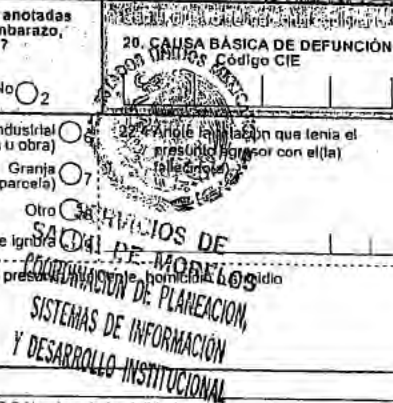
[redacted] FECHA DE EXPEDICION

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN
 DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
	5. CURP		Sexo: <input type="radio"/> Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
DE LA DEFUNCIÓN	8. EDAD CUMPLIDA		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
	9. ESTADO CONYUGAL		9.1 Fecha del fallecimiento:		9.2 Lugar del fallecimiento:		9.3 Hora del fallecimiento:	
	11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		11.2 ¿Fue en el extranjero?		11.3 ¿En una entidad federativa o país (si residió en el extranjero)?	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		19.1 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		19.2 Causas antecedentes		19.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 ¿Fue en un presunto accidente, homicidio o suicidio?		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	
DEL INF.	22.1 Fue un presunto		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 ¿Fue en un presunto accidente, homicidio o suicidio?	
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.8 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto	
DEL CERTIFICANTE	22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad		22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior	
	22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano		22.7.7 Códigos Postales		22.7.8 Códigos Postales	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad		32.2 Fecha		



Motivación 1

Motivación 2

REGISTRO CIVIL

LACC490716HGRNSR05



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	FECHA DE REGISTRO 01 DE JULIO DE 2019	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ACTA No. 00670	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO		

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR: HOGAR [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]

UBICACION: TERCERA CU [REDACTED]

ONDE FALLECIO: C. [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO: [REDACTED]

NO. DE CEDULA: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FIRMAS

[REDACTED SIGNATURE]

DECLARANTE

[REDACTED SIGNATURE]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

[Handwritten Signature]
FIRMA



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] 2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] 3. SEXO: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino 4. ESTADO CIVIL: <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Se ignora
DE LA DEFUNCIÓN	5. EDAD CUMPLIDA: [Redacted] 6.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 6.2 Semanas de gestación: [Redacted] 6.3 Peso (gramos): [Redacted] 7. ESTADO CONYUGAL: <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora 8. ESCOLARIDAD: Ninguna <input type="radio"/> 1, Preescolar <input type="radio"/> 12, Primaria <input type="radio"/> 3, Secundaria <input checked="" type="radio"/> 8, Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7, Profesional <input type="radio"/> 8, Posgrado <input type="radio"/> 10, Se ignora <input type="radio"/> 99 10.9 Municipio o delegación: [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): [Redacted]
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	11. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna <input type="radio"/> 1, ISSSTE <input type="radio"/> 3, SEDENA <input type="radio"/> 5, Seguro Popular <input type="radio"/> 7, IMSS <input checked="" type="radio"/> 2, PEMEX <input type="radio"/> 4, SEMAR <input type="radio"/> 8, IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10, Se ignora <input type="radio"/> 99 12. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1, IMSS <input type="radio"/> 3, PEMEX <input type="radio"/> 5, SEMAR <input type="radio"/> 7, IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10, ISSSTE <input type="radio"/> 4, SEDENA <input type="radio"/> 6, Otra unidad <input type="radio"/> 9, Unidad médica <input type="radio"/> 11 14.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted] 14.2 Vía pública <input type="radio"/> 10, Otro lugar <input type="radio"/> 12
DEL REG. CIVIL	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una o más causas en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente [Redacted] Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica [Redacted] PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo [Redacted] 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Redacted]
DEL CERTIFICANTE	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1, 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4, El parto <input type="radio"/> 2, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5, El puerperio <input type="radio"/> 3 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1, Homicidio <input type="radio"/> 2, Suicidio <input type="radio"/> 3, Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1, Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2, Área deportiva <input type="radio"/> 3, Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4, Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5, Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6, Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7, Otro <input type="radio"/> 8, Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) [Redacted]
DEL INE	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted] 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vialidad: [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad: [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior: [Redacted], 22.7.4 Núm. Interior: [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted] 22.7.7 Código Postal: [Redacted], 22.7.8 Localidad: [Redacted]
DEL REG. CIVIL	32.2 Municipio o delegación: [Redacted] 32.3 Entidad federativa: [Redacted] 32.4 Día: [Redacted], Mes: [Redacted], Año: [Redacted]

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



BEAM371112HGRNRR03

FECHA DE REGISTRO
01 DE JULIO DE 2019

ACTA No.
00679

LOCALIDAD
IGUALA

ENTIDAD FEDERATIVA
GUERRERO



MUNICIPIO
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO:

DOMICILIO:

(LOCALIDAD)

(MUNICIPIO)

(ENTIDAD FEDERATIVA)

MEXICO
(PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE:

NACIONALIDAD:

NOMBRE DEL PADRE:

NACIONALIDAD:

NOMBRE DE LA MADRE:

NACIONALIDAD:

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION:

LUGAR: HOGAR

DESTINO DEL CADAVER:

UBICACION: LOCALIDAD

LUGAR DONDE FALLECIO: CEMENTERIO

ORDEN NO.:

CAUSAS DE LA MUERTE:

TIPO DE DEFUNCION:

NOMBRE DEL DEFUNTO:

NO. DE CEDULA:

DOMICILIO:

DECLARANTE

NOMBRE:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO:

PARENTESCO:

OCUPACION:

TESTIGOS

NOMBRE:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO:

PARENTESCO:

OCUPACION:

NOMBRE:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO:

PARENTESCO:

OCUPACION:

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FIRMAS

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA





CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. [Redacted]		3. [Redacted]		4. [Redacted]	
	5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	
	8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL		10. [Redacted]		Se ignora <input type="radio"/>	
DE LA DEFUNCIÓN	11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. [Redacted]		Se ignora <input type="radio"/>	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica	
	15. [Redacted]		16. [Redacted]		17. [Redacted]		18. [Redacted]	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Código CIE		Código CIE	
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23. Sitio donde ocurrió la lesión	
	24. [Redacted]		25. [Redacted]		26. [Redacted]		27. [Redacted]	
DEL REG. CIVIL	28. [Redacted]		29. [Redacted]		30. [Redacted]		31. [Redacted]	
	32. [Redacted]		33. [Redacted]		34. [Redacted]		35. [Redacted]	
	36. [Redacted]		37. [Redacted]		38. [Redacted]		39. [Redacted]	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

SEXO: Varón Mujer Se ignora 4. ENTIDAD: _____

5. NACIONALIDAD: Mexicana Otra Especifique: _____

6. CUMPLIDA: Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____

7. ESTADO CONYUGAL: En unión libre Separado(a) Viudo(a) Casado(a) Soltero(a) Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL: _____

11. ESCOLARIDAD: Ninguna 1, Preescolar 12, Primaria 3, Secundaria 5, Bachillerato o preparatoria 7, Profesional 8, Posgrado 10, Se ignora 99

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna 1, ISSSTE 3, SEDENA 5, Seguro Popular 7, IMSS 2, PEMEX 4, SEMAR 6, IMSS PROSPERA 10, Se ignora 99

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud 1, IMSS 3, PEMEX 5, SEMAR 7, IMSS PROSPERA 10, ISSSTE 2, SEDENA 5, Otra unidad 99

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente.
 Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica.

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo.

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1, El parto 2, El puerperio 3, 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente 1, Homicidio 2, Suicidio 3, Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí No Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1, Escuela u oficina pública 2, Área deportiva 3, Calle o carretera (vía pública) 4, Área comercial o de servicio 5, Área Industrial (taller, fábrica u obra) 6, Granja (rancho o parcela) 7, Otro 8, Se ignora 9

22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): _____

22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda: _____ 22.7.3 Núm. Exterior: _____ 22.7.4 Núm. Interior: _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 22.7.7 Código Postal: _____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: _____ 32.2 Fecha: _____ 32.3 Teléfono: _____

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

EL REG. CIVIL DE LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA _____

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
SAVE720226HGRLZR07



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 15 DE JULIO DE 2019	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 04	ACTA No. 00722	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	FINADO	

NOMBRE: [REDACTED]
 FECHA DE [REDACTED]
 LUGAR DE [REDACTED]
 DOMICILIO [REDACTED]

(MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA)
 NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED]

FALLECIMIENTO
 FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]
 LUGAR: HOGAR [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER [REDACTED]
 UBICACION: DEPARTAMENTO [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: CAL [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]
 TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
 NOMBRE DEL M [REDACTED]
 NO. DE CEDULA [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
 NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 PARENTESCO [REDACTED]
 OCUPACION [REDACTED]

TESTIGOS
 NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 PARENTESCO: [REDACTED]
 OCUPACION: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 PARENTESCO: [REDACTED]
 OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
 DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

VERIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

I. NOMBRE DEL FALLECIDO [Redacted]	
5. CURP [Redacted]	
6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Dtra <input type="radio"/> Se ignora	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted]	
9. ESTADO CONYUGAL <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Otro	
10. Estado familiar o civil (si aplica en el extranjero) [Redacted]	
11. Escolaridad [Redacted]	
12. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted]	
13. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - glomérulo, paratiroides, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: [Redacted] Código CIE: [Redacted] b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted]	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo [Redacted]	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 ¿Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
22.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 0 Granja (rancho o parcelas) <input type="radio"/> 1 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]	
22.8 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicido [Redacted]	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicido: 22.7.1 Tipo de vivienda [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior, 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]	
22.7.7 Código Postal [Redacted]	
DEL REG. CIVIL 31.1 Año Nacimiento [Redacted]	
31.2 Lugar y fecha de registro 31.1 Localidad [Redacted] 31.2 Municipio o delegación [Redacted] 31.3 Entidad Federativa [Redacted] 31.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
31.11 Teléfono [Redacted]	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS ACTA DE DEFUNCION
REGISTRO CIVIL

DOSE450820HGRCLS05



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 19 DE JULIO DE 2019	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ACTA No. 00737	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO		

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR DE DEFUNCION: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: LOTE-1872, 4TA. CLASE. ORDEN NO.: [REDACTED]

UBICACION DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO: [REDACTED]

NO. DE CEDULA: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[Handwritten notes and signatures]

FIRMAS



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 19 DE JULIO DE 2019	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ACTA No. 00737	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO		
NOMBRE:	[REDACTED]	[REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO:	[REDACTED]	MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:	[REDACTED]	ICO
DOMICILIO HABITUAL:	[REDACTED]	ESTADO CIVIL
IGUALA (LOCALIDAD)	[REDACTED]	GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA)

NOMBRE DEL CONYUGE	[REDACTED]	NACIONALIDAD:	[REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE	[REDACTED]	NACIONALIDAD:	[REDACTED]
NOMBRE DE LA MADRE	[REDACTED]	NACIONALIDAD:	[REDACTED]

DEFUNCIÓN	
FECHA DE DEFUNCIÓN:	[REDACTED]
LUGAR:	[REDACTED]
DESTINO DE:	[REDACTED]
UBICACION:	[REDACTED]
ONDE FALLECIO:	[REDACTED]
CAUSAS DE LA MUERTE:	[REDACTED]
TIPO DE DEFUNCIÓN:	[REDACTED]
NOMBRE DEL DEFUNTO:	[REDACTED]
NO. DE CEDULA:	[REDACTED]
DOMICILIO:	[REDACTED]

DECLARANTE	
NOMBRE:	[REDACTED]
NACIONALIDAD:	[REDACTED]
DOMICILIO:	[REDACTED]
PARENTESCO:	[REDACTED]
OCCUPACION:	[REDACTED]
NOMBRE:	[REDACTED]
NACIONALIDAD:	[REDACTED]
DOMICILIO:	[REDACTED]
NOMBRE:	[REDACTED]
NACIONALIDAD:	[REDACTED]
DOMICILIO:	[REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[REDACTED]	FIRMAS	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	TESTIGO

SE DID LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL



EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
 FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

-REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. [Redacted]

3. [Redacted]

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]

5. Sexo: Hombre Mujer Se ignora

6. [Redacted]

7. [Redacted]

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted] 8.3 Peso (gramos): [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL: En unión libre Separado(a) Viudo(a) Casado(a) Divorciado(a) Soltero(a) Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde vivió el fallecido (a) [Redacted]

10.1 Tipo de vialidad: [Redacted] 10.2 Nombre de la vialidad: [Redacted]

10.3 Núm. Exterior: [Redacted] 10.4 Núm. Interior: [Redacted]

11. [Redacted]

12. [Redacted]

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA Se ignora

13.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA ISSSTE SEDENA Otra unidad pública Unidad médica privada

14.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [Redacted]

14.3 Nombre de la unidad médica: [Redacted] 14.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [Redacted]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: [Redacted]

16. [Redacted]

17. [Redacted]

18. [Redacted]

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asenia, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: [Redacted] Código CIE: [Redacted]

b) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: [Redacted] Código CIE: [Redacted]

c) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: [Redacted] Código CIE: [Redacted]

d) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: [Redacted] Código CIE: [Redacted]

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

22.1 Fue un presunto: Accidente Homicidio Suicidio Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Área deportiva Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Calle o carretera (vía pública) Área Industrial (taller, fábrica u obra) Granja (rancho o parcela) Escuela u oficina pública Área comercial o de servicio Otro Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

22.7.1 Tipo de vialidad: [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad: [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior: [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior: [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted]

22.7.7 Código Postal: [Redacted] 22.7.8 Localidad: [Redacted]

32.2 Municipio o delegación: [Redacted] 32.3 Entidad federativa: [Redacted] 32.4 Día: [Redacted] Mes: [Redacted] Año: [Redacted]

Artículo 113 Fracc. I LFTAI

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARIA DE SALUD

Motivación 1

Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

3. SEXO: Hombre Mujer Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: [Redacted]

5. CURP: [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí No Se ignora

7. NACIONALIDAD: Mexicana Otra Se ignora

8. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora: Minutos: [Redacted] Para menores de un día: Horas: [Redacted] Para menores de un mes: Días: [Redacted] Para menores de un año: Meses: [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos: 15 Se ignora

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted] 8.3 Peso (gramos): [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) Viudo(a) Casado(a)

10. ESCOLARIDAD: Ninguna Preescolar Primaria Secundaria Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA Se ignora

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de IMSS PEMEX SEMAR

13.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón):

Descripción	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	<u>6 horas</u>	
Causas antecesoras: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa mencionada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	<u>1 día</u>	
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	<u>1 año</u>	
	<u>15 años</u>	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS:

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio 43 días a 11 meses después del parto o aborto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí No

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Redacted]

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

22.1 Fue un presunto: Accidente Homicidio Suicidio Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Área deportiva Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Calle o carretera (vía pública) Escuela u oficina pública Área comercial o de servicio Área Industrial (taller, fábrica u obra) Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora

22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:

22.7.1 Tipo de vivienda: [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vivienda: [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior: [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior: [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted]

DEL CERTIFICANTE

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. [Redacted], Libro Núm. [Redacted]

31.1 Acta Núm. [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 29.1 Teléfono: [Redacted] 32.1 Localidad: [Redacted] 32.2 Municipio o delegación: [Redacted] 32.3 Entidad federativa: [Redacted] 32.4 Día Mes Año: [Redacted]

DEL REG. CIVIL

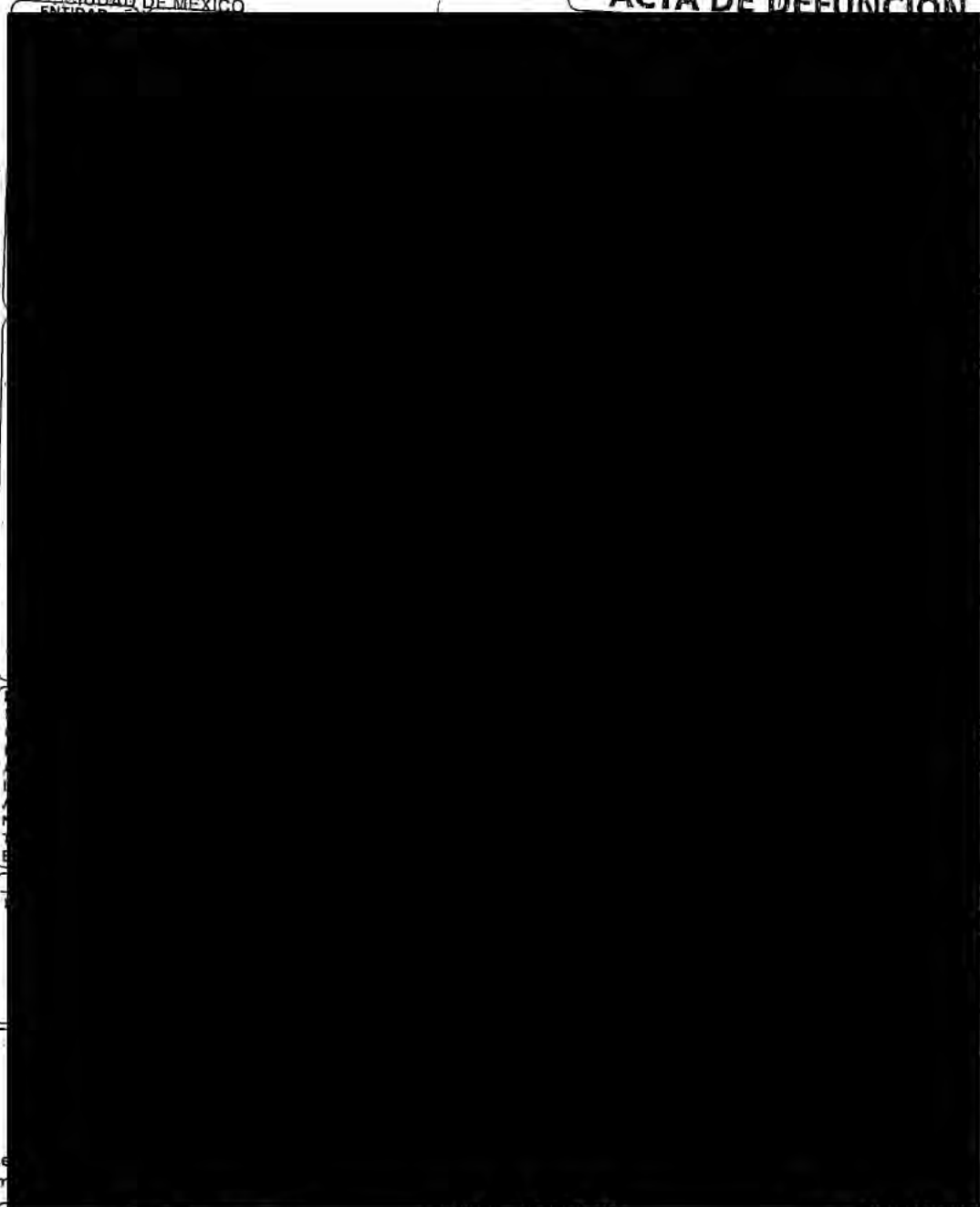
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. [Redacted], Libro Núm. [Redacted]

31.1 Acta Núm. [Redacted]



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MEXICO

ACTA DE DEFUNCION



NOMBRE DEL JUEZ	EL JUEZ 14	DEL REGISTRO CIVIL
LIC. YOLANDA CRUZ LEON		FIRMA DEL JUEZ

ESTA ACTA SE RELACIONA CON LOS FOLIOS DE ANOTACIONES QUE SE SEÑALAN, SIN LOS CUALES ESTA INCOMPLETA:

No:	Fecha:	Firma:
No:	Fecha:	Firma:

PAGO DE DERECHOS \$ COMPROBANTE DE PAGO No.

CERTIFICADO SOLO PARA TRASLADO QUE ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL QUE OBRA EN EL ARCHIVO DE ESTE JUZGADO EN



C. JUEZ DECIMO CUARTO DEL REGISTRO CIVIL JUZGADO 14

[Handwritten signature]

LIC. YOLANDA CRUZ LEON





SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] 3. SEXO [Redacted] 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí No Se ignora

8. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora, minutos; Para menores de un día, horas; Para menores de un mes, días; Para menores de un año, meses; Para personas de un año o más, años cumplidos. Se ignora

9. ESTADO CONYUGAL: En unión libre Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Casado(a) Soltero(a) Se ignora

DE LA DEFUNCIÓN

11. ESCOLARIDAD: Ninguna, Preescolar, Primaria, Secundaria, Bachillerato o preparatoria, Profesional, Posgrado, Se ignora. 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna, IMSS, PEMEX, SEMAR, ISSSTE, SEDENA, Seguro Popular, IMSS PROSPERA, Otra, Se ignora

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud, IMSS, PEMEX, SEMAR, Via, Otro

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 1 mes. Código CIE: [Redacted]

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo.

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo, El parto, El puerperio, 43 días a 11 meses después del parto o aborto, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte. 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí No. 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí No.

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Redacted]

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente, Homicidio, Suicidio, Se ignora. 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí No Se ignora. 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.), Escuela u oficina pública, Área deportiva, Calle o carretera (vía pública), Área comercial o de servicio, Área industrial (taller, fábrica u obra), Granja (rancho o parcela), Otro, Se ignora. 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]. 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda, 22.7.2 Nombre de la vivienda, 22.7.3 Núm. Exterior, 22.7.4 Núm. Interior, 22.7.5 Tipo de asentamiento humano, 22.7.6 Nombre del asentamiento humano.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG.

31.1 Acta Núm. [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

Art. 113 Fracc. V VII LFTAIP ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD Art. 113 Fracc. I LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	FECHA DE REGISTRO 09 DE JULIO DE 2019	LOCALIDAD IGUALA
ACTA No. 00700	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO	
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	FINADO	

NOMBRE: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] MEXICANA
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
 LUGAR: HOGAR [REDACTED] CERTIFICADO: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED] CEMENTERIO: MUNICIPAL

UBICACION: LOTE: 1530 PRIMERA CLASE ORDEN NO.: [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: CAL [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCION: [REDACTED]
 NO. DE CERTIFICADO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
 NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
 NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
 [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

CONFORME A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
 LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

FIRMA [REDACTED]





SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. FECHA [Redacted]

3. APELLIDO [Redacted]

4. NACIONALIDAD: Mexicana 1, Otra 2. Especificue

5. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora, minutos; Para menores de un día, horas; Para menores de un mes, días; Para menores de un año, meses; Para personas de un año o más, años cumplidos.

6. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) 1, Viudo(a) 2, Casado(a) 3, Se ignora 4.

11. ESCOLARIDAD: Ninguna 1, Preescolar 2, Primaria 3, Secundaria 4, 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1, Incompleta 2.

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna 1, IMSS 2, ISSSTE 3, SEDENA 4, Seguro Popular 5, Otra 6.

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud 1, IMSS 2, PEMEX 3, SEMAR 4, Otra unidad médica 5.

15. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. [Redacted]

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo. [Redacted]

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 2 días, 10 días, 10 días, 7 años.

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1, El parto 2, El puerperio 3.

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1, No 2.

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1, No 2.

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente 1, homicidio 2, suicidio 3, Se ignora 4.

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1, No 2, Se ignora 3.

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 1, Área deportiva 2, Calle o carretera (vía pública) 3, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 4, Área comercial o de servicio 5, Escuela u oficina pública 6, Área Industrial (taller, fábrica u obra) 7, Granja (rancho o parcela) 8, Otro 9, Se ignora 10.

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo el presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vialidad, 22.7.2 Nombre de la vialidad, 22.7.3 Núm. Exterior, 22.7.4 Núm. Interior, 22.7.5 Tipo de asentamiento humano, 22.7.6 Nombre del asentamiento humano.

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. [Redacted], Libro Núm. [Redacted], 31.1 Acta Núm. [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad [Redacted], 32.2 Municipio o delegación [Redacted], 32.3 Entidad federativa [Redacted]

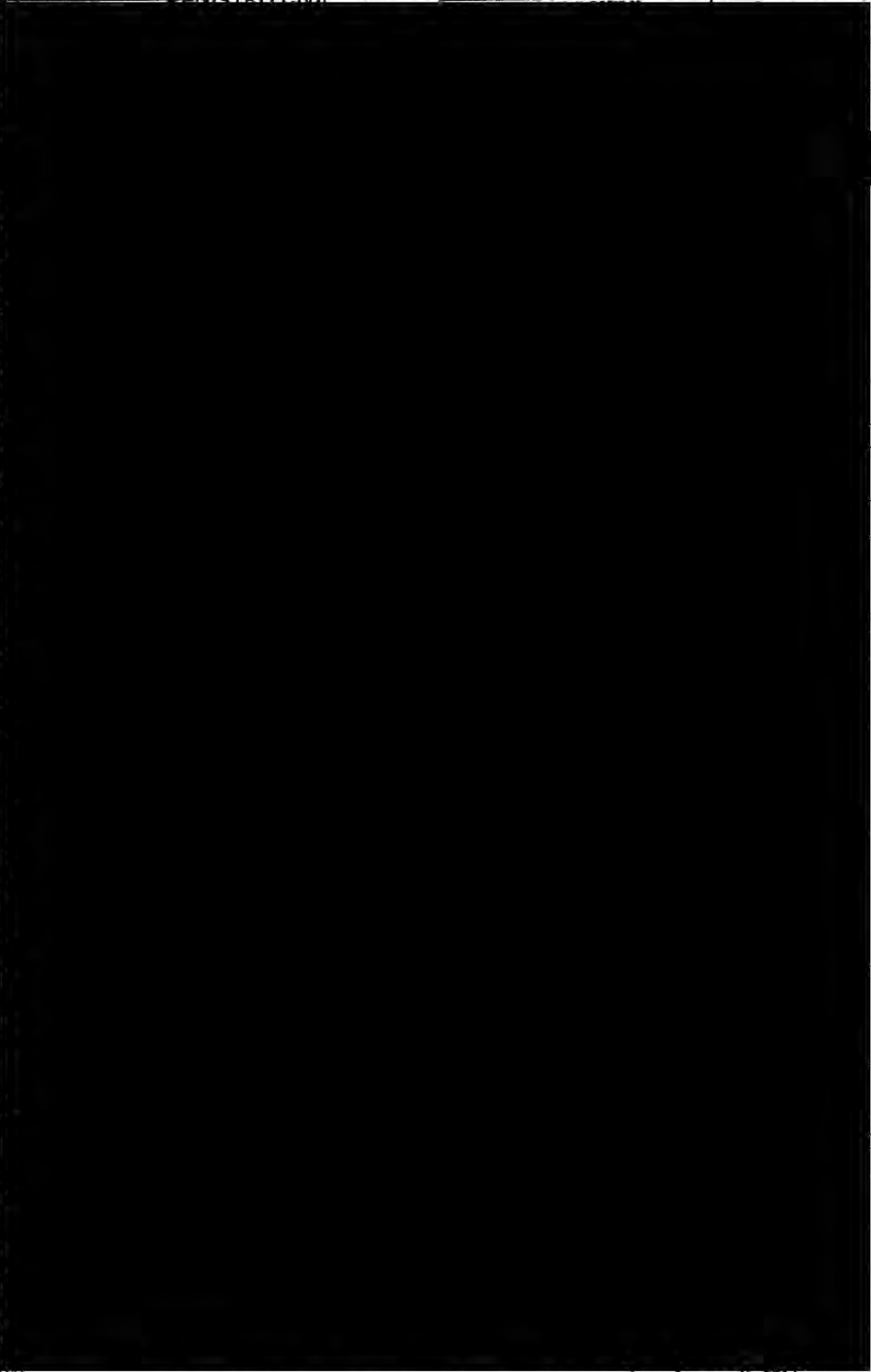
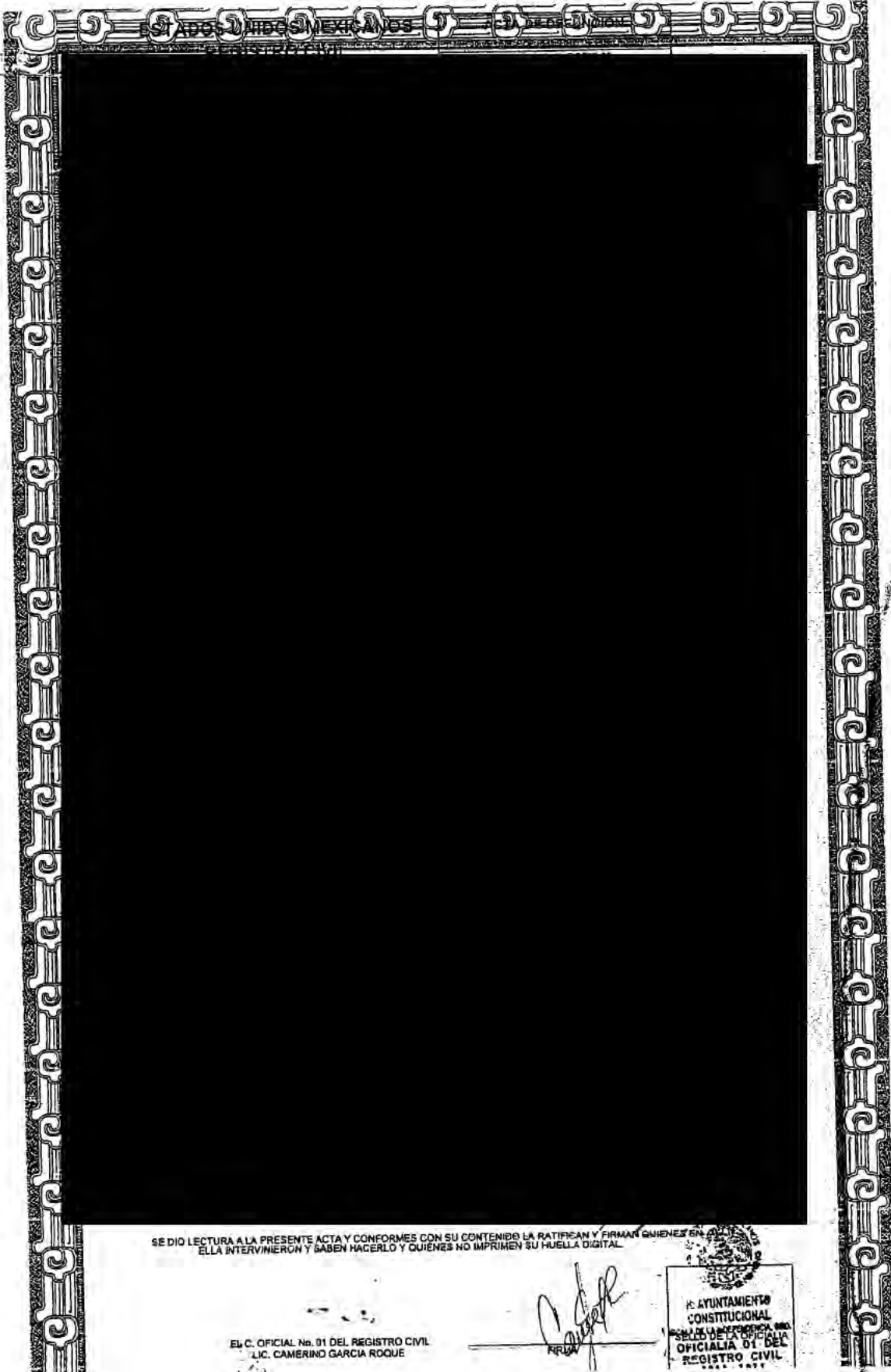
Art 110 Fracc. V, VII LFTAI

Art 39 Fracc. I LFTAI

Motivación 1

Motivación 2

2064



SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

El C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE

[Handwritten signature]
RR/UA





**SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [REDACTED]

2. FECHA DE NACIMIENTO [REDACTED]

3. ENTIDAD FEDERATIVA O PAIS (SI NACIÓ EN EL EXTRANJERO) [REDACTED]

4. SEXO: Masculino Femenino

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí No Se ignora

6. NACIONALIDAD: Mexicana Otra Se ignora

7. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora: Minutos [REDACTED] Para menores de un día: Horas [REDACTED] Para menores de un mes: Días [REDACTED] Para menores de un año: Meses [REDACTED] Para personas de un año o más: [REDACTED] Se ignora

8. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) Viudo(a) Casado(a)

9. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA Se ignora

10. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA ISSSTE SEDENA Otra unidad pública Unidad médica privada Se ignora

11. LA ESCOLARIDAD SELECCIONADA ES: Ninguna Preescolar Primaria Secundaria Superior Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora

12. OCUPACIÓN ACTUAL: Desempleado Trabajador Se ignora

13. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O AFILIACIÓN: [REDACTED]

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA ISSSTE SEDENA Otra unidad pública Unidad médica privada Se ignora

15. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]

16. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]

17. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]

18. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]

19. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]

19. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: El embarazo El parto El puerperio No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente Homicidio Suicidio Se ignora 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí No Se ignora 22.3 ¿Sillo donde ocurrió la lesión? Vivienda particular Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuelas u oficinas públicas Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicios Industrial (taller, fábrica u obra) Granja Otro Se ignora

22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(a): [REDACTED]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [REDACTED]

22.7 Ante el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: [REDACTED] 22.7.2 Nombre de la vivienda: [REDACTED] 22.7.3 Núm. Exterior: [REDACTED] 22.7.4 Núm. Interior: [REDACTED] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [REDACTED] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [REDACTED] 22.7.7 Código Postal: [REDACTED] 22.7.8 Localidad: [REDACTED]

32.2 Municipio o delegación: [REDACTED] 32.3 Entidad federativa: [REDACTED] 32.4 Día: [REDACTED] Mes: [REDACTED] Año: [REDACTED]

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art 110
Fracc. V, VII
LFTAIIP
Motivación 1

Art 113
Fracc. I
LFTAIIP
Motivación 2

REGISTRO CIVIL

AUPP270111HGRNRR18



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 07 DE AGOSTO DE 2019
ACTA No. 00784	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: CALLE CUITLARIUAC NO. 05 "B" COL. CENTRO ESTADO CIVIL: CASADO

IGUALA (LOCALIDAD) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 02:00

LUGAR: HOGAR [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED] ANTIGÜO MUNICIPAL

DIRECCION: LOTE 741 PRIMERA CLASE ORDEN NO.: [REDACTED]

LUGAR DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: C. CUITLARIUAC 9 B COL. CENTRO IGUALA GTO. OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FIRMAS

TESTIGO

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO EN LA INTERVENCION Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIME

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL LIC. CAMERINO GARCIA ROQUE






FGR

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
FISCALÍA ESPECIALIZADA EN
MATERIA DE DERECHOS HUMANOS
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y
LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA
AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015

CONSTANCIA DE CIERRE DE ACTUACIONES
CORRESPONDIENTES AL TOMO NÚMERO 795

--- En la Ciudad de México, siendo el día Diecinueve de Agosto
de dos mil diecinueve, el suscrito Licenciado  Agente del
Ministerio Público de la Federación, adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación
para el Caso Ayotzinapa de la Fiscalía Especializada en Materia de Derechos Humanos de la
Fiscalía General de la República, quien con fundamento en los artículos 21 y 102 apartado A de la
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como los artículos artículo 16, 206 y
208 del Código Federal de Procedimientos Penales, acompañado en forma legal con dos testigos
de asistencia que al final firman para debida constancia de lo actuado:-----

----- H A C E C O N S T A R -----

--- Que siendo la fecha arriba indicada estando plenamente constituidos en las instalaciones
que ocupa esta Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa, se procede
a cerrar el tomo consecutivo número 795 (Setecientos Noventa y Cinco),
mismo que 808 (Ochocientos Sessenta y Ocho) fojas, contabilizando
la correspondiente a la presente constancia. Lo anterior, por ser necesario para la debida
integración y manejo del expediente de mérito.-----

----- C O N S T E -----

TESTIGOS DE ASISTENCIA

