



FGR
FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

TRIPPLICADO TOMO DCCXCVII

FONDO FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
 UNIDAD ADMINISTRATIVA FISCALÍA ESPECIALIZADA EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS
 ÁREA RESPONSABLE UNIDAD DE ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA
 RESPONSABLE DEL CONTROL DE EXPEDIENTES LIC. [REDACTED]
 CLAVE Y NOMBRE DE LA SECCIÓN AVERIGUACION PREVIA
 CLAVE Y NOMBRE DE LA SERIE _____
 CLAVE Y NOMBRE DE LA SUBSERIE (OPCIONAL) _____
 CLAVE Y NOMBRE DEL EXPEDIENTE AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015

ACCESO

PÚBLICO	SI	_____	NO	<u>X</u>
INFORMACIÓN RESERVADA	SI	<u>X</u>	NO	_____
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	SI	<u>X</u>	NO	_____
RESTRINGIDO DURANTE SU VIGENCIA	SI	<u>X</u>	NO	_____

RESUMEN DEL CONTENIDO

LA DOCUMENTACIÓN DEL PRESENTE EXPEDIENTE SE INTEGRA CON LAS DIVERSAS ACTUACIONES PRACTICADAS E INFORMACIÓN RECABADOS PARA LA INTEGRACIÓN DEL DELITO QUE SE INVESTIGA.

FECHAS EXTREMAS

AÑO DE APERTURA EXPEDIENTE 2015

FORMATO Ó SOPORTE

PAPEL X FOTOGRAFIAS _____ LIBROS _____ DISQUETES _____ CD ROM _____ ENGARGOLADO _____
 VIDEO _____ OTRO (S) _____ DESCRIBIR _____

VALOR DOCUMENTAL

ADMINISTRATIVO	_____
LEGAL	<u>X</u>
CONTABLE	_____

CARÁCTER FUNCIONAL

TÉCNICO SUSTANTIVO	<u>X</u>
DE GESTIÓN INTERNA	_____

PLAZO DE CONSERVACIÓN


VIGENCIA COMPLETA	_____ AÑOS
ARCHIVO DE TRÁMITE	_____ AÑOS
ARCHIVO DE CONCENTRACIÓN	_____ AÑOS

CONFORMACIÓN


NÚMERO DE LEGAJOS	<u>797</u>
NÚMERO DE FOJAS	_____



CONSTANCIA DE APERTURA DE ACTUACIONES
CORRESPONDIENTES AL TOMO NÚMERO 797

--- En la Ciudad de México, siendo el día Diecinueve de Agosto
de dos mil diecinueve, el suscrito Licenciado , Agente del
Ministerio Publico 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 el artículo 16 del Código Federal
de Procedimientos Penales actúa en forma legal con dos testigos de asistencia que al final
firman para debida constancia de lo actuado: -----

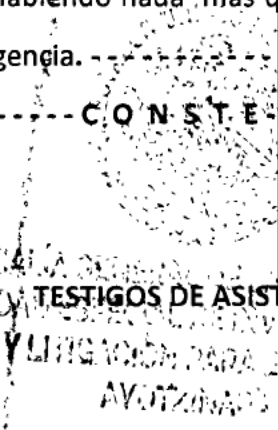
----- HACE CONSTAR -----

--- Que siendo la fecha citada con anterioridad se procede a dar inicio al tomo número 797
Setecientos Noventa y Siete de la Averiguación Previa al rubro citada, lo
anterior para efectos de un mejor manejo del mismo y en atención al número consecutivo
correspondiente, el cual comenzará con la foja número **1 (uno)** la cual corresponde a la
presente constancia, situación que se hace constar para los efectos legales que
correspondan, por lo que ~~no~~ habiendo nada más que 
por terminada la presente diligencia. -----

----- CONSTE -----


LIC. 


LI 



TESTIGOS DE ASISTENCIA
Y LITIGACIÓN PARA
AYOTZINAPA

PANTEO

19
Agosto

MUNICIPAL

PRIMERA

AMPLIACION



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE JUSTICIA Y FERIAZ
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
ZINAPA

€ 20193

UNIVERSIDAD

"PRIMERA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 07 de Abril 2019

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	05/04/2019	[REDACTED]

SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO

SEMANA DEL 01 AL 07 DE Abril

ATENTAMENTE

C. [REDACTED]
ADMINISTRADOR



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCIÓN DE PANTEONES
2018 - 2021

RECIBIDO
Fecha [REDACTED]
Recibido [REDACTED]



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

4

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			
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 Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federal o país (si nació en el extranjero) [Redacted]			
5. CURP [Redacted]		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"/> 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 <input type="checkbox"/>			
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Vuelto(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivió el fallecido (a) 10.1 Folio del Certificado de Nacimiento [Redacted] 10.2 Semanas de gestación [Redacted] 10.3 Peso (gramos) [Redacted]	
10.3 Num. Exterior [Redacted] 10.4 Num. 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 federal o país (si reside en el extranjero) [Redacted]	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		12.2 Ocupación [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> Vía pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda [Redacted] 15.2 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.3 Nombre del asentamiento humano [Redacted]			
15.4 Num. Exterior [Redacted] 15.5 Num. Interior [Redacted] 15.6 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federal [Redacted]		16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
DE LA DEFUNCIÓN			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paró cardíaco, asfena, etc.) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] b) [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted]		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]			
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 34 AÑOS 21.1 ¿Especifique si la muerte ocurrió durante el embarazo? El embarazo <input type="checkbox"/> 13 días o 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 21.2 ¿Fue registrada en los libros de la Secretaría de Salud? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" 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? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" 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 industrial (letter, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
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 entidad [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 federal [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="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique [Redacted]	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número [Redacted]		27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]	
28. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [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 federal [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 Num. [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 federal [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. Art. 113 Fracc. V, VII Fracc. I LFTAIP LFTAIP Motivación 1 Motivación 2

"PRIMERA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguuala de la Independencia, Gro , a 21 de Abril 2019

C. [Redacted]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE

FECHA

UBICACIÓN

[Redacted] 15/04/2019 [Redacted]

[Redacted] 20/04/2019 [Redacted]

[Redacted]



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO

SEMANA DEL 15 AL 21 DE Abril

ATENTAMENTE

C. [Redacted]
ADMINISTRADOR



H. AYUNTAMIENTO MPAL CONSTL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCIÓN DE
PANTEONES
2018 - 2021

RECIBIDO

Fecha 21/04/2019
Recibido 130

CERTIFICATION OF DEATH RECORD

**COOK COUNTY CLERK VITAL RECORDS
CHICAGO, ILLINOIS
MEDICAL CERTIFICATE OF DEATH**

STATE FILE NUMBER [REDACTED] DATE ISSUED [REDACTED]

DECEDENT'S LEGAL NAME [REDACTED]		SEX [REDACTED]	DATE OF DEATH [REDACTED]	
COUNTY OF DEATH [REDACTED]	AGE AT LAST BIRTHDAY [REDACTED]		[REDACTED]	
CITY OR TOWN [REDACTED]		HOSPITAL OR OTHER INSTITUTION NAME [REDACTED]		
PLACE OF DEATH [REDACTED]				
BIRTHPLACE [REDACTED]	SOCIAL SECURITY NUMBER [REDACTED]	STATUS AT TIME OF DEATH [REDACTED]	SURVIVING SPOUSE/CIVIL UNION PARTNER'S maiden name [REDACTED]	EVER IN U.S. ARMED FORCES? [REDACTED]
RESIDENCE [REDACTED]		APT. NO. [REDACTED]	CITY OR TOWN [REDACTED]	INSIDE CITY LIMITS? [REDACTED]
COUNTY [REDACTED]	STATE [REDACTED]	ZIP CODE [REDACTED]	FATHER'S PARENT'S NAME PRIOR TO FIRST MARRIAGE/CIVIL UNION [REDACTED]	MOTHER'S PARENT'S NAME PRIOR TO FIRST MARRIAGE/CIVIL UNION [REDACTED]
INFORMANT'S NAME [REDACTED]		RELATIONSHIP [REDACTED]	MAILING ADDRESS [REDACTED]	
METHOD OF DISPOSITION [REDACTED]		PLACE OF DISPOSITION [REDACTED]	LOCATION - CITY OR TOWN AND STATE [REDACTED]	DATE OF DISPOSITION [REDACTED]
FUNERAL HOME [REDACTED]				
FUNERAL DIRECTOR'S NAME [REDACTED]			FUNERAL DIRECTOR'S ILLINOIS LICENSE NUMBER [REDACTED]	
LOCAL REGISTRAR'S NAME [REDACTED]			DATE FILED WITH LOCAL REGISTRAR [REDACTED]	
CAUSE OF DEATH - PART I				
IMMEDIATE CAUSE (Final disease or condition resulting in death)				
Due to (or as a consequence of)				
Due to (or as a consequence of)				
Due to (or as a consequence of)				
PART II - Enter other significant conditions contributing to death or events resulting in the underlying cause given in PART I				
FEMALE PREGNANCY STATUS [REDACTED]			WAS AN AUTOPSY PERFORMED? [REDACTED]	
[REDACTED]			WERE AUTOPSY FINDINGS USED TO COMPLETE CAUSE OF DEATH? [REDACTED]	
[REDACTED]			MANNER OF DEATH [REDACTED]	
DATE OF INJURY [REDACTED]	TIME OF INJURY [REDACTED]	PLACE OF INJURY [REDACTED]	INJURY AT WORK? [REDACTED]	
LOCATION OF INJURY [REDACTED]				
DESCRIBE HOW INJURY OCCURRED [REDACTED]			IF TRANSPORTATION INJURY, SPECIFY [REDACTED]	
ATTEND THE DECEASED? [REDACTED]	DATE LAST SEEN ALIVE [REDACTED]	WAS MEDICAL EXAMINER OR CORONER CONTACTED? [REDACTED]	DATE PRONOUNCED [REDACTED]	TIME OF DEATH [REDACTED]
NAME, ADDRESS AND ZIP CODE OF PERSON COMPLETING CAUSE OF DEATH [REDACTED]			PHYSICIAN'S LICENSE NUMBER [REDACTED]	

THE WORDS APPEAR IN PHOTOGRAPH

NOTE: EMBOSSED STATE AND COUNTY SEALS AT BOTTOM

DE LA REPUBLICA DE INVESTIGACION PARA EL CASO

APPROVAL INTERVAL BETWEEN CAUSE 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.

[REDACTED]

Cook County Clerk

ANY ALTERATION OR ERASURE VOIDS THIS CERTIFICATE

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2018 - 2021

7

Iguala de la independencia, Gro., a 20 del mes Abril del 20 19

Se autoriza al C. [redacted] con domicilio [redacted] tel. no. [redacted] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de ~~10~~ 15 días hábiles.

Permiso válido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

1 vers



[redacted signature]

DIRECTOR DE PANTEONES.

AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
DE IGUALA, GRO.
DIRECCION DE PANTEONES
2021
HISTORIA

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

"PRIMERA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 14 de Abril 2019

C. [REDACTED]
 ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	09/04/2019	[REDACTED]
[REDACTED]	10/04/2019	[REDACTED]
[REDACTED]	11/04/2019	[REDACTED]
[REDACTED]	12/04/2019	[REDACTED]



SEMANA DEL 08 AL 14 DE: Abril

SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
 INSTITUTO FEDERAL DE INVESTIGACIÓN
 JURÍDICA Y TECNOLÓGICA PARA EL CASO
 GUERRERO
 GUERRERO

ATENTAMENTE

C. [REDACTED]
 ADMINISTRADOR



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONST. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRC
 DIRECCIÓN DE PANTEONES
 2018 - 2021

RECIBIDO

Fech [REDACTED] 2019
 Rec [REDACTED]



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

FOLIO

9

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 Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
3. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL	
11. ESCOLARIDAD		12. OCUPACIÓN ACTUAL		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	
14. BITO 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. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		21. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ EN UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22. SI LA MUERTE FUE NATURAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
23. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ EN UN FETUS O EN UN BEBÉ		24. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ EN UN NIÑO DE 5 A 9 AÑOS		25. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ EN UN ADULTO	
26. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ EN UN ADULTO		27. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ EN UN ADULTO		28. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ EN UN ADULTO	
29. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ EN UN ADULTO		30. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ EN UN ADULTO		31. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ EN UN ADULTO	
32. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ EN UN ADULTO		33. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ EN UN ADULTO		34. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ EN UN ADULTO	
35. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ EN UN ADULTO		36. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ EN UN ADULTO		37. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ EN UN ADULTO	
38. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ EN UN ADULTO		39. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ EN UN ADULTO		40. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ EN UN ADULTO	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33. FECHA DE EMISIÓN DEL CERTIFICADO	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE ENTREGAR EL 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

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
ACTA No.: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] FINADO: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

NOMBRE: [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)

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]

METODO DEL CADAVER: INHUMACION [REDACTED] CREMACION [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

INDICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

ONDE FALLECIO: [REDACTED]

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

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

TIPO 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]

PRESENTE PARA FIRMAR LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

REAL DE LA REPUBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACION
TECNICA PARA EL CASO

FIRMAS

DECLARANTE: [REDACTED] TESTIGO: [REDACTED]

T734444 PARA LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA REALICEN Y FIRMAN LAS PERSONAS QUE ELLY INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO HAPRIMEN SU

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

SELLO DE LA OFICIALIA: [REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

**DUPAGE COUNTY HEALTH DEPARTMENT
WHEATON, ILLINOIS
MEDICAL CERTIFICATE OF DEATH**

11

STATE FILE NUMBER [REDACTED]

DATE ISSUED [REDACTED]

DECEDENT'S LEGAL NAME [REDACTED]			SEX [REDACTED]	DATE OF DEATH [REDACTED]	
COUNTY OF DEATH [REDACTED]		AGE AT LAST BIRTHDAY [REDACTED]		DATE OF BIRTH [REDACTED]	
CITY OR TOWN [REDACTED]			HOSPITAL OR OTHER INSTITUTION NAME [REDACTED]		
PLACE OF DEATH [REDACTED]					
BIRTHPLACE [REDACTED]	SOCIAL SECURITY NUMBER [REDACTED]	STATUS AT TIME OF DEATH [REDACTED]		SURVIVING SPOUSE/CIVIL UNION PARTNER'S MAIDEN NAME [REDACTED]	EVER IN U.S. ARMED FORCES? [REDACTED]
RESIDENCE [REDACTED]		APT. NO. [REDACTED]	CITY OR TOWN [REDACTED]		INSIDE CITY LIMITS? [REDACTED]
COUNTY [REDACTED]	STATE [REDACTED]	ZIP CODE [REDACTED]	FATHER/CO-PARENT'S NAME PRIOR TO FIRST MARRIAGE/CIVIL UNION [REDACTED]		MOTHER/CO-PARENT'S NAME PRIOR TO FIRST MARRIAGE/CIVIL UNION [REDACTED]
INFORMANT'S NAME [REDACTED]		RELATIONSHIP [REDACTED]		MAILING ADDRESS [REDACTED]	
METHOD OF DISPOSITION [REDACTED]		PLACE OF DISPOSITION [REDACTED]		LOCATION - CITY OR TOWN AND STATE [REDACTED]	DATE OF DISPOSITION [REDACTED]
FUNERAL HOME [REDACTED]					
FUNERAL DIRECTOR'S NAME [REDACTED]				FUNERAL DIRECTOR'S ILLINOIS LICENSE NUMBER [REDACTED]	
LOCAL REGISTRAR'S NAME [REDACTED]				DATE FILED WITH LOCAL REGISTRAR [REDACTED]	
CAUSE OF DEATH PART I.					
IMMEDIATE CAUSE (Final disease or condition resulting in death)		a. [REDACTED]		APPROXIMATE INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH	
		b. Due to (or as a consequence of): [REDACTED]			
		c. Due to (or as a consequence of): [REDACTED]			
		Due to (or as a consequence of): [REDACTED]			
PART II. Enter other significant conditions contributing to death but not resulting in the underlying cause given in PART I. [REDACTED]				WAS AN AUTOPSY PERFORMED? [REDACTED]	
				WERE AUTOPSY FINDINGS USED TO COMPLETE CAUSE OF DEATH? [REDACTED]	
FEMALE PREGNANCY STATUS [REDACTED]				MANNER OF DEATH [REDACTED]	
DATE OF INJURY [REDACTED]	TIME OF INJURY [REDACTED]	PLACE OF INJURY [REDACTED]		INJURY AT WORK? [REDACTED]	
LOCATION OF INJURY [REDACTED]					
DESCRIBE HOW INJURY OCCURRED: [REDACTED]				IF TRANSPORTATION INJURY, SPECIFY: [REDACTED]	
ATTEND THE DECEASED? [REDACTED]	DATE [REDACTED]	MEDICAL EXAMINER OR CORONER CONTACTED? [REDACTED]		DATE PRONOUNCED [REDACTED]	TIME OF DEATH [REDACTED]
CERTIFIER [REDACTED]				DATE CERTIFIED [REDACTED]	
NAME, ADDRESS AND ZIP CODE OF PERSON COMPLETING CAUSE OF DEATH [REDACTED]				PHYSICIAN'S LICENSE NUMBER [REDACTED]	



ESTADO DE ILLINOIS
OFICE DE INVESTIGACION
PARA EL CASO



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.

[REDACTED]
Local Registrar

Not valid without the embossed seal of the DuPage County Health Department.

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



COUNTRY OF DESTINATION: [REDACTED]

APOSTILLE
 (Convention de La Haye du 5 Octobre 1961)

1. Country: [REDACTED]

This public document

2. has been signed by [REDACTED]

3. acting in the capacity of [REDACTED]

4. bears the seal/stamp of [REDACTED]

Certified

5. at [REDACTED]

6. the [REDACTED]

7. by [REDACTED]

8. No. [REDACTED]

9. Seal/Stamp :

10. Signature:



AL DE LA REPÚBLICA
 DE INVESTIGACIÓN
 PARA EL CASO
 ZINAPA

[REDACTED]

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

"PRIMERA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

2019
-9-0
c.

Iguala de la Independencia, Gro., a 28 de Abril 2018.

ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	22/04/2019	[REDACTED]
[REDACTED]	25/04/2019	[REDACTED]
[REDACTED]		
[REDACTED]	28/04/2019	[REDACTED]
[REDACTED]		
[REDACTED]		



SEMANA DEL 22 AL 28 DE Abril

SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
FISCALÍA PARA EL CASO
ZINAPAPA

ATENTAMENTE

C. [REDACTED]
ADMINISTRADOR

SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO 24

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTRENE EL ORIGEN DE LA FORTALEZA DEL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL 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) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____		
	5. CURP _____ Se ignora <input type="checkbox"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 _____ Se ignora <input type="checkbox"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Otra _____ Se ignora <input type="checkbox"/>
	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
	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 Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabaja S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		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"/> Vía pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad o clínica <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
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? S <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
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) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? S <input type="checkbox"/> No <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 <input type="checkbox"/> 43 días a 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"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA 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 un trabajo? S <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"/>		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
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. NOMBRE DEL(LOS) FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		26. ¿EL CERTIFICANTE ES MÉDICO? S <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL _____	
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 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
LFTAIP
Motivación 1

Art 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

CUNA DE LA BANDERA NACIONAL



DIRECCIÓN DE PANTEONES

MEMORANDUM'S

2019, Año del Caudillo del Sur, "Emiliano Zapata"

JODOS
JUNTOS
Haremos Historia

Iguala Gro, a 25 de abril de 2019.

Se autoriza al C. [REDACTED] Fosa en Temporalidad (prestada), para la inhumación del cuerpo de la persona quien en vida llevo el nombre de: [REDACTED] en la primera Ampliación del Panteón Municipal.

[REDACTED]

AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
INSTITUCIONAL DE IGUALA GRO
DIRECCIÓN DE
PANTEONES
2019
HAREMOS HISTORIA

ENCARGADO DE DESPACHO DE LA
DIRECCIÓN DE PANTEONES

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

15



OFICIALIA [REDACTED] FECHA DE REGISTRO [REDACTED]
 ACTA No. [REDACTED] LOCALIDAD [REDACTED]
 MUNICIPIO [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA [REDACTED]

FINADO SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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] 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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

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

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A [REDACTED]

B) B [REDACTED]

C) 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]

PARA EL CASO LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

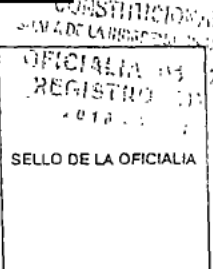
[REDACTED]

[REDACTED]

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

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

FIRMA



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

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

2. [Redacted] 3 SEXO Homb Mujer Se ignora 4. ENTIDAD [Redacted] Estado federativa o país (situación en el extranjero)

5. CURP [Redacted] 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora 7. NACIONALIDAD Mexicana Otro Especifique [Redacted]

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. ESTADO CONYUGAL Separado(a) 6 Viudo(a) 2 Casado 1 En unión libre 4 Divorciado(a) 3 Soltero(a) 1 Se ignora 9

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted]

10.3 [Redacted] 10.4 Num. Interior [Redacted]

11. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria Secundaria 5 La escolaridad seleccionada es: [Redacted] Se ignora 99 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado Se ignora 99 Completa 11 Incompleta 12 Trabaja 1 Se ignora 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Pop Otra 8 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSP 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 Unidad médica pública 8 Unidad médica privada 9 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimiento [Redacted] 14.3 [Redacted] 14.4 [Redacted] 14.5 [Redacted] 14.6 [Redacted] 14.7 [Redacted] 14.8 [Redacted] 14.9 [Redacted] 14.10 [Redacted] 14.11 [Redacted] 14.12 [Redacted] 14.13 [Redacted] 14.14 [Redacted] 14.15 [Redacted] 14.16 [Redacted] 14.17 [Redacted] 14.18 [Redacted] 14.19 [Redacted] 14.20 [Redacted] 14.21 [Redacted] 14.22 [Redacted] 14.23 [Redacted] 14.24 [Redacted] 14.25 [Redacted] 14.26 [Redacted] 14.27 [Redacted] 14.28 [Redacted] 14.29 [Redacted] 14.30 [Redacted] 14.31 [Redacted] 14.32 [Redacted] 14.33 [Redacted] 14.34 [Redacted] 14.35 [Redacted] 14.36 [Redacted] 14.37 [Redacted] 14.38 [Redacted] 14.39 [Redacted] 14.40 [Redacted] 14.41 [Redacted] 14.42 [Redacted] 14.43 [Redacted] 14.44 [Redacted] 14.45 [Redacted] 14.46 [Redacted] 14.47 [Redacted] 14.48 [Redacted] 14.49 [Redacted] 14.50 [Redacted] 14.51 [Redacted] 14.52 [Redacted] 14.53 [Redacted] 14.54 [Redacted] 14.55 [Redacted] 14.56 [Redacted] 14.57 [Redacted] 14.58 [Redacted] 14.59 [Redacted] 14.60 [Redacted] 14.61 [Redacted] 14.62 [Redacted] 14.63 [Redacted] 14.64 [Redacted] 14.65 [Redacted] 14.66 [Redacted] 14.67 [Redacted] 14.68 [Redacted] 14.69 [Redacted] 14.70 [Redacted] 14.71 [Redacted] 14.72 [Redacted] 14.73 [Redacted] 14.74 [Redacted] 14.75 [Redacted] 14.76 [Redacted] 14.77 [Redacted] 14.78 [Redacted] 14.79 [Redacted] 14.80 [Redacted] 14.81 [Redacted] 14.82 [Redacted] 14.83 [Redacted] 14.84 [Redacted] 14.85 [Redacted] 14.86 [Redacted] 14.87 [Redacted] 14.88 [Redacted] 14.89 [Redacted] 14.90 [Redacted] 14.91 [Redacted] 14.92 [Redacted] 14.93 [Redacted] 14.94 [Redacted] 14.95 [Redacted] 14.96 [Redacted] 14.97 [Redacted] 14.98 [Redacted] 14.99 [Redacted] 14.100 [Redacted]

15. DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 [Redacted] 15.4 Num. Interior [Redacted] 15.5 [Redacted] 15.6 [Redacted] 15.7 [Redacted] 15.8 [Redacted] 15.9 [Redacted] 15.10 [Redacted]

16. [Redacted] 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD? Se ignora 9 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Se ignora 9

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada ración. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)
 PARTE I
 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente
 a) [Redacted] Código CIE [Redacted]
 b) [Redacted] Código CIE [Redacted]
 c) [Redacted] Código CIE [Redacted]
 d) [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
 [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 1 El puerperio 3
 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 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:
 22.1 Fue un presunto:
 Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9
 22.2 ¿Se produjo la lesión en el domicilio de la víctima? Sí 1 No 2
 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión:
 Vivienda particular 0 Área deportiva 3
 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (via pública) 4
 Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5
 Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja o rancho o parcela 7
 Otro 8 Se ignora 9
 22.4 Anotar 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 Anotar 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 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. PATERNO DEL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

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 la cédula [Redacted]

27. NO [Redacted] 28. FIRMA [Redacted]

29. DOMICILIO Y TELÉFONO [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 [Redacted] humano

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA [Redacted] 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Redacted]

32.1 Localidad [Redacted]

Art. 110
Fra
ET
Motivación 1

Art. 113
ET
Motivación 2

Nº [Redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 28 del mes Abril del 2019.

Se autoriza al C. [Redacted] con domicilio [Redacted] tel. no. [Redacted] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [Redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso válido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[Redacted Signature]

[Redacted Stamp]

[Redacted Name]

DIRECTOR DE PANTEONES.

☎ (733) 33 396 00 Ext. 150

📍 **Palacio Municipal**
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

✉ presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

"PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 05 de Mayo 2019

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	<u>30/04/2019</u>	[REDACTED]
[REDACTED]		
[REDACTED]	<u>30/04/2019</u>	[REDACTED]

SEMANA DEL 29 AL 05 DE Mayo



ATENTAMENTE
[REDACTED]
ADMINISTRADOR



20

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2018 - 2021

Nº

Iguala de la independencia, Gro., a 30 del mes ABRIL del 2019.

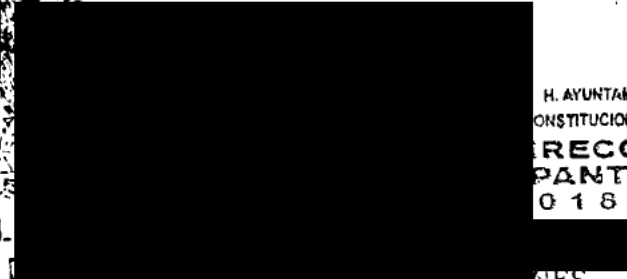
Se autoriza al C. [REDACTED] con domicilio [REDACTED] tel. no. [REDACTED] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA GRO
**DIRECCION DE
PANTEONES**
2018 - 2021
HAREMOS HISTORIA

PARA EL CASO DIRECTOR DE PANTEONES.
ZINAPA

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

AMPLIACION

2019

ESTADOS MEXICANOS
FISCAL DE LA REPUBLICA
FISCAL DE INVESTIGACION
FISCAL PARA EL CASO
OTZINAPA

“ ”

22

13.000.0019

"PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 12 de Mayo 2019

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	<u>07/05/2019</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>07/05/2019</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>10/05/2019</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>11/05/2019</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>11/05/2019</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>12/05/2019</u>	[REDACTED]

SEMANA DEL 06 AL 12 DE Mayo



ATENTAMENTE

SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
EN PARA EL GOBIERNO
TETZINAPA
ADMINISTRADOR

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2018 - 2021

Iguala de la independencia, Gro., a 7 del mes Mayo del 2019

Se autoriza al C. [redacted] con domicilio [redacted]

tel. no [redacted] inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted] La

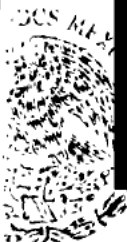
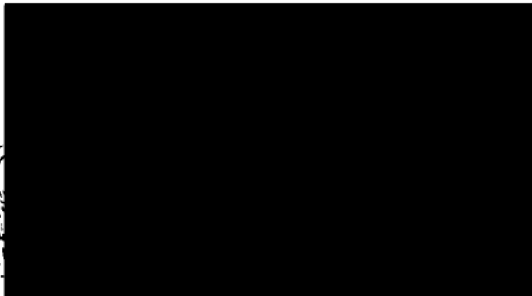
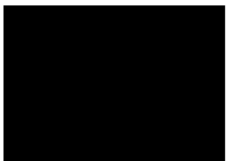
persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
DIRECCION DE PANTEONES
2018 - 2021
TODOS JUNTOS HAREMOS HISTORIA

DIRECTOR DE PANTEONES.

SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO FEDERAL DE INVESTIGACIONES
CIVILES
Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



23
24



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
 ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
 MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO
 SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)
 ESTADO CIVIL: [REDACTED]

(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

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

LUGAR 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

DE LA REPUBLICA
 E INVESTIGACION
 PARA EL CASO

FIRMAS

DECLARANTE

EN LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN LAS PERSONAS QUE INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN

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



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

24

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

25

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFIN 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

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] 3. SEXO Hombre [Redacted] Mujer [Redacted] Se ignora [Redacted]

5. CURP [Redacted] 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No [Redacted] Sí [Redacted] 7. NACIONALIDAD Mexicana [Redacted] Se ignora [Redacted]

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] Se ignora [Redacted]

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

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted]

10.3 Num. Exterior [Redacted] 10.4 Num. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 10.7 Código Postal [Redacted]

11. ESCOLARIDAD Ninguna [Redacted] Preescolar [Redacted] Primaria [Redacted] Secundaria [Redacted] Tercera [Redacted] Superior [Redacted] Bachillerato o preparatoria [Redacted] Profesional [Redacted] Posgrado [Redacted] Se ignora [Redacted]

11.1 La escolaridad seleccionada es: [Redacted] Se ignora [Redacted]

11.2 Trabajaba Sí [Redacted] No [Redacted] Se ignora [Redacted]

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna [Redacted] ISSSTE [Redacted] SEDENA [Redacted] Seguro Popular [Redacted] Otra [Redacted] IMS [Redacted] PEMEX [Redacted] SEMAR [Redacted] IMSS PROSPERA [Redacted] Se ignora [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud [Redacted] IMSS [Redacted] PEMEX [Redacted] SEMAR [Redacted] IMSS PROSPERA [Redacted] ISSSTE [Redacted] SEDENA [Redacted] Otra unidad pública [Redacted] Unidad médica privada [Redacted] Vía pública [Redacted] Otro lugar [Redacted] Hogar [Redacted] Se ignora [Redacted]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [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]

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted] 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN DE LA MUERTE? Sí [Redacted] No [Redacted] Se ignora [Redacted] 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí [Redacted] No [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

a) De [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]

b) De [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]

c) De [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]

d) De [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

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? Sí [Redacted] No [Redacted]

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí [Redacted] No [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 sus actividades laborales? Sí [Redacted] No [Redacted] Se ignora [Redacted]

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular [Redacted] Área deportiva [Redacted] Calle o carretera (vía pública) [Redacted] Área comercial o de servicio [Redacted] Vivienda colectiva (apartamento, etc.) [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 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(a) [Redacted]

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

22.6 Anoté 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]

23. NOMBRE [Redacted] 24. PADRE(S) CON EL(A) FALLECIDO(A) [Redacted]

25. CERTIFICADA POR Médico tratante [Redacted] Médico legista [Redacted] Otro médico [Redacted] Persona autorizada por la Secretaría de Salud [Redacted] Autoridad civil [Redacted]

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted]

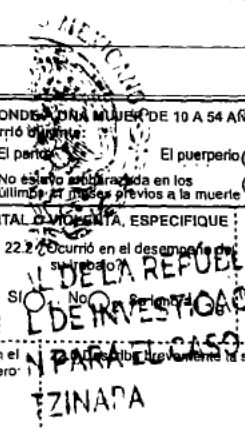
27. NOMBRE [Redacted] 28. FIRMA [Redacted]

29. DOMICILIO Y TELÉFONO [Redacted]

29.4 Núm. Exterior [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]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITO EN EL REGISTRO CIVIL [Redacted] 32. LUGAR Y FECHA DE DEFUNCIÓN [Redacted]



DE LA REPUBLICA DE INVESTIGACION PARA EL CASO ZINAPAPA

Art. 110

Fracc. V LFTAIP Motivación 1

Fracc. I LFTAIP Motivación 2

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2018 - 2021

Nº

Iguala de la independencia, Gro., a 10 del mes Mayo del 2019

Se autoriza al C. [REDACTED] con domicilio [REDACTED] tel. no. [REDACTED] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



[REDACTED SIGNATURE]

DIRECTOR DE PANTEONES

AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
DE IGUALA, GRO.
DIRECCION DE
PANTEONES
2018 - 2021

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

26
27

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

ACTA No. [REDACTED] LOCALIDAD [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA [REDACTED]

FINADO [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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) [REDACTED]

MUNICIPIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE) [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 DEFUNCIÓN: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

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

MODO DEL CADAVER: INHUMACION [REDACTED] CREMACION [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

NUMERACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

LUGAR DONDE FALLECIO: [REDACTED]

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

TIPO DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCIÓN: [REDACTED]

TITULO 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]

PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

ESTADO DE LA REPUBLICA [REDACTED]

SECRETARIA DE JUSTICIA FEDERAL [REDACTED]

FIRMAS [REDACTED]

DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIERES EN... ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIEREN NO IMPRIMIR SU HUELLA DACTIL

EL C. OFIC. LIC. [REDACTED]

ESTADO DE LA REPUBLICA [REDACTED] SECRETARIA DE JUSTICIA FEDERAL [REDACTED] OFICINA DE REGISTRO CIVIL [REDACTED]

INTERESADO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

28

ENTRE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZI)

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) <small>(Nombre(s))</small> _____ <small>Primer Apellido</small> _____ <small>Segundo Apellido</small> _____	
	2. FECHA DE NACIMIENTO <small>Día Mes Año</small> _____	3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="radio"/>
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <small>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</small> _____	
	5. CURP _____	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="radio"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="radio"/>
	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="radio"/> <small>Especifique</small> _____	
	8. EDAD CUMPLIDA <small>Para menores de una hora</small> _____ <small>Minutos</small> _____ <small>Para menores de un día</small> _____ <small>Horas</small> _____ <small>Para menores de un mes</small> _____ <small>Días</small> _____ <small>Para menores de un año</small> _____ <small>Meses</small> _____ <small>Para personas de un año o más</small> _____ <small>Años cumplidos</small> _____ Se ignora <input type="radio"/>	
	9. ESTADO CONYUGAL <small>Para menores de 28 días anote:</small> 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____ 8.2 Semanas de gestación: _____ 8.3 Peso (gramos): _____ En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Vido(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
	10. RESIDENCIA HABITUAL <small>Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)</small> _____ <small>Municipio o delegación</small> _____ <small>Nombre de la localidad</small> _____	
	10.3 Núm. Exterior _____	10.4 Núm. Interior _____
	10.5 Tipo de asentamiento humano _____	10.6 Nombre del asentamiento humano _____
10.7 Código Postal _____	10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input 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"/>		
11.1 La escolaridad seleccionada es: _____ Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>		
12. OCUPOSIÓN LABORAL 12.1 Trabajaba _____ No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="radio"/>		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEMAR <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 PROSPER <input type="radio"/> Se ignora <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 type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPER <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 <small>Municipio o delegación</small> _____ <small>Nombre de la localidad</small> _____		
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 Nombre de la localidad _____	
16. FECHA DE LA DEFUNCIÓN <small>Día Mes Año</small> _____ <small>Horas Minutos</small> _____		
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="radio"/>		
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN <small>(Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)</small>		
<p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____</p> <p>Código CIE _____</p>		
<p>Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica</p> <p>Debido a la causa antecedente de _____</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>DE LA REPUBLICA DE INVESTIGACION PARA EL CASO ZINAPAPA</p>		
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 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 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____		
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 _____		

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



DIRECCIÓN DE PANTEONES

MEMORANDUM'S

2019, Año del Caudillo del Sur, "Emiliano Zapata"

29 28
TODOS JUNTOS
Haremos Historia

Iguala Gro, a 13 de mayo de 2019.

Se autorizó a la C. [redacted] Fosa en Temporalidad (prestada) para la inhumación del cuerpo de la persona quien en vida llevo el nombre de: [redacted] en la primera Ampliación del Panteón Municipal, el día (11 de mayo de 2019).

Recibi' Ord.
13/05/19



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
MUNICIPAL DE IGUALA, GRO.
DIRECCIÓN DE
PANTEONES
2018 - 2021
HAREMOS HISTORIA

ENCARGADO DE DESPACHO DE LA
DIRECCIÓN DE PANTEONES



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
Y FRENTE PARA EL CASO
TIZNAPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

29
30

NE [Redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 11 del mes Mayo del 20 19

Se autoriza al C. [Redacted] con domicilio [Redacted] tel. no. [Redacted] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [Redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

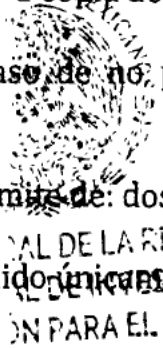
- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso válido únicamente para el día sábado, domingo y días festivos.

[Redacted Signature Area]



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
DIRECCION DE PANTEONES
2018 - 2021
TODOS JUNTOS HAREMOS HISTORIA

(733) 33 396 00 Ext. 150

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

30
31

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 LOS 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 Hombre Mujer Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted] Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP [Redacted] Se ignora

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí No Se ignora

7. NACIONALIDAD Mexicana Otra 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 personas de un año o más Meses [Redacted] Años cumplidos [Redacted] Se ignora

8.1 Follo 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) En unión libre Divorclado(a) Soltero(a) Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL Ancla al domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted]

10.1 [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo [Redacted]

10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] [Redacted] ad federativa o país (si reside en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD Ninguna Preescolar Primaria Secundaria Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta

12. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora

12.1 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 [Redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Unidad médica pública Otra unidad pública Unidad médica privada

14.2 Clave Única de Establecimiento [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 [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 Mes Año Horas Minutos [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 sola causa en cada rango. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

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

a) [Redacted] (Como consecuencia de)

b) [Redacted] (Como consecuencia de)

c) [Redacted] (Como consecuencia de)

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]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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

21.1 Especificar 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 concuerdan con el embarazo, parto o puerperio? Sí 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? 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) 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(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

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

22.7.3 Num. 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]

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 Legitimación [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted]

27. NOMBRE [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Apellido [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] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año [Redacted]

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 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 Mes Año [Redacted]

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

"PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 19 de Mayo 201

C. [Redacted]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	16/05/2019	[Redacted]
[Redacted]		



AL DE LA REPÚBLICA
L DE INVESTIGACIÓN
N PARA EL CASO

SEMANA DEL 13 DE Mayo 19 DE Mayo

ATENTAMENTE

C. [Redacted]
ADMINISTRADOR

REGISTRO CIVIL

33 35

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

ACTA No. [REDACTED] LOCALIDAD [REDACTED]

FECHA DE REGISTRO [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA [REDACTED]

MUNICIPIO [REDACTED] FINADO [REDACTED]

SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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] (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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

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

ONDE 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 EN LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

**INVESTIGACION
 EN PARA EL CASO
 ATZINAPA**


FIRMAS

[REDACTED] _____ [REDACTED] _____

DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPEDIRAN QUE SE LEA EN EL MOMENTO DE SU NECESIDAD.

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


 H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
 DEL MUNICIPIO DE LA INDEPENDENCIA, GO.
 SEÑAL DE LA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL
 2010-2011

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO 34

35

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]
2. [Redacted]
3. SEXO Hombres [Redacted] Mujeres [Redacted] Se ignora [Redacted]
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? [Redacted]
7. NACIONALIDAD Mexicana [Redacted] Se ignora [Redacted]
8. EDAD CUMPLIDA [Redacted]
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) [Redacted] Viudo(a) [Redacted] Casado(a) [Redacted] Soltero(a) [Redacted]

10. RESIDENCIA HABITUAL [Redacted]
10.7 Código Postal [Redacted]
10.8 Localidad [Redacted]
10.9 Municipio o delegación [Redacted]
10.10 Entidad federativa o país [Redacted]

11. ESCOLARIDAD Ninguna [Redacted] Preescolar [Redacted] Primaria [Redacted] Secundaria [Redacted]
11.1 La escolaridad seleccionada es: [Redacted]
12.1 Trabajaba SI [Redacted] No [Redacted] Se ignora [Redacted]

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna [Redacted] ISSSTE [Redacted] SEDENA [Redacted] Seguro Popular [Redacted] Otra [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]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [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? SI [Redacted] No [Redacted] Se ignora [Redacted]
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI [Redacted] No [Redacted]
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]
Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica [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 [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] 43 días a 11 meses después del parto o aborto [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]
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 Descripción de 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]

23. NOMBRE [Redacted]
Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

25. CERTIFICADA POR Médico tratante [Redacted] Médico legista [Redacted] Otro médico [Redacted]
27. NOMBRE [Redacted]
Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [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]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE JUZGADO [Redacted]
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Redacted]
32.1 Localidad [Redacted]
32.2 Fecha de registro [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 LOS PARTICULARES

Art. 110 Fracción I LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracción I LFTAIP Motivación 2

"PRIMERA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 26 de Mayo 2019

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	<u>22/05/2019</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>23/05/2019</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>24/05/2019</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>24/05/2019</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>25/05/2019</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>25/05/2019</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>25/05/2019</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>26/05/2019</u>	[REDACTED]

SEMANA DEL 20 AL 26 DE Mayo



AL DE LA REPUBLICA
AL DE INVESTIGACION
ON PARA EL CASO
TZINAP



C. [REDACTED]
ADMINISTRADOR



AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCIÓN DE
PANTEONES
2018 - 2021
RECIBIDO
Fecha _____ Hora _____
Recibido _____

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

ACTA DE DEFUNCIÓN

FECHA DE REGISTRO: _____

ACTA No. _____ LOCALIDAD: _____

ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____ (NOMBRES) _____ (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 E INTERIOR) _____ (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.: _____

ONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____ B) _____ C) _____

TIPO DE DEFUNCIÓN: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCIÓN: _____

NO. DE CREDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

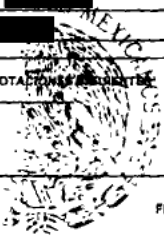
NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES:

FIRMAS

TESTIGO: _____


SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN FORENSE
SECRETARÍA DE JUSTICIA Y ENERGÍA
SECRETARÍA DE SALUD
SECRETARÍA DE ECONOMÍA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
SECRETARÍA DE CULTURA Y TURISMO
SECRETARÍA DE AGRICULTURA, GANADERÍA Y DESARROLLO RURAL
SECRETARÍA DE TRANSPORTE Y INFRAESTRUCTURA
SECRETARÍA DE ECONOMÍA Y FINANZAS
SECRETARÍA DE ENERGÍA
SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE Y CLIMA
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL
SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA
SECRETARÍA DE DEFENSA NACIONAL
SECRETARÍA DE ASISTENCIA SOCIAL
SECRETARÍA DE FOMENTO ECONÓMICO
SECRETARÍA DE INDUSTRIA, COMERCIO Y EXTERIORES
SECRETARÍA DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL
SECRETARÍA DE POLÍTICA Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA
SECRETARÍA DE ECONOMÍA Y FINANZAS
SECRETARÍA DE ENERGÍA
SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE Y CLIMA
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL
SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA
SECRETARÍA DE DEFENSA NACIONAL
SECRETARÍA DE ASISTENCIA SOCIAL
SECRETARÍA DE FOMENTO ECONÓMICO
SECRETARÍA DE INDUSTRIA, COMERCIO Y EXTERIORES
SECRETARÍA DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL
SECRETARÍA DE POLÍTICA Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA EN EL MOMENTO DE SU FIRMA Y LA RATIFICAN EN LA INTERVENCIÓN Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

SECRETARÍA DE JUSTICIA Y ENERGÍA
SECRETARÍA DE SALUD
SECRETARÍA DE ECONOMÍA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
SECRETARÍA DE CULTURA Y TURISMO
SECRETARÍA DE AGRICULTURA, GANADERÍA Y DESARROLLO RURAL
SECRETARÍA DE TRANSPORTE Y INFRAESTRUCTURA
SECRETARÍA DE ECONOMÍA Y FINANZAS
SECRETARÍA DE ENERGÍA
SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE Y CLIMA
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL
SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA
SECRETARÍA DE DEFENSA NACIONAL
SECRETARÍA DE ASISTENCIA SOCIAL
SECRETARÍA DE FOMENTO ECONÓMICO
SECRETARÍA DE INDUSTRIA, COMERCIO Y EXTERIORES
SECRETARÍA DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL
SECRETARÍA DE POLÍTICA Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

SECRETARÍA DE JUSTICIA Y ENERGÍA
SECRETARÍA DE SALUD
SECRETARÍA DE ECONOMÍA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
SECRETARÍA DE CULTURA Y TURISMO
SECRETARÍA DE AGRICULTURA, GANADERÍA Y DESARROLLO RURAL
SECRETARÍA DE TRANSPORTE Y INFRAESTRUCTURA
SECRETARÍA DE ECONOMÍA Y FINANZAS
SECRETARÍA DE ENERGÍA
SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE Y CLIMA
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL
SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA
SECRETARÍA DE DEFENSA NACIONAL
SECRETARÍA DE ASISTENCIA SOCIAL
SECRETARÍA DE FOMENTO ECONÓMICO
SECRETARÍA DE INDUSTRIA, COMERCIO Y EXTERIORES
SECRETARÍA DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL
SECRETARÍA DE POLÍTICA Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. _____

M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
SECRETARÍA DE DEFUNCIÓN
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL

34
35
PANTEON MUNICIPAL

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

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

37 FOLIO ~~38~~
 36

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] [Redacted] [Redacted] <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año [Redacted]	3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted] Entidad federaliva o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP [Redacted]	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input 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 PARA MENORES DE UN AÑO 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="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PERMANENTE DONDE VIVA EL FALLECIDO (a) [Redacted] [Redacted] [Redacted] <small>10.1 Tipo de Vialidad</small>	
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted]	
10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federaliva o país (si resulta en el extranjero) [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted]	
11. LA ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Pre-escolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Baccalaureo o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> 11.2 Trabaja Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 12.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]	
13. ¿DÓNDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN? Unidad médica pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> So <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]	
14. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
15. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (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] (Código CIE [Redacted]) b) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) c) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) d) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) e) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) f) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) g) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) h) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) i) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) j) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) k) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) l) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) m) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) n) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) o) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) p) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) q) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) r) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) s) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) t) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) u) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) v) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) w) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) x) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) y) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) z) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) PARTE II: Otros estados patológicos o mecánicos que contribuyeron al deceso, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte. 1) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 2) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 3) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 4) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 5) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 6) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 7) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 8) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 9) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 10) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 11) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 12) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 13) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 14) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 15) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 16) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 17) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 18) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 19) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 20) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 21) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 22) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 23) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 24) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 25) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 26) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 27) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 28) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 29) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 30) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 31) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 32) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 33) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 34) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 35) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 36) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 37) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 38) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 39) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 40) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 41) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 42) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 43) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 44) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 45) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 46) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 47) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 48) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 49) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 50) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 51) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 52) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 53) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 54) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 55) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 56) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 57) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 58) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 59) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 60) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 61) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 62) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 63) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 64) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 65) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 66) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 67) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 68) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 69) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 70) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 71) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 72) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 73) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 74) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 75) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 76) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 77) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 78) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 79) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 80) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 81) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 82) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 83) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 84) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 85) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 86) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 87) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 88) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 89) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 90) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 91) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 92) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 93) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 94) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 95) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 96) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 97) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 98) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 99) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) 100) [Redacted] (Código CIE [Redacted])	
17. ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE Presunto <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? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina 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 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Redacted]	
22.5 Anote brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]	
22.6 Descripción de 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 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted] 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.10 Entidad federaliva [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted]	
23. NOMBRE DEL PRESUNTO AGRESOR [Redacted] [Redacted] [Redacted] <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>	
24. RELACION CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
25. ¿CÓMO FUE CERTIFICADA POR? Médico legista <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique [Redacted]	
26. SI EL PRESUNTO AGRESOR ES VIVO, ANOTE SU DIRECCIÓN Y TELÉFONO [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted] <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small> Num. Exterior 29.4 Num. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted] 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federaliva 29.11 Teléfono [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted]	
27. FIRMA DEL PRESUNTO AGRESOR [Redacted]	
28. FIRMA DEL REGISTRANTE [Redacted]	
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año [Redacted]	
30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad [Redacted] 30.2 Municipio o delegación [Redacted] 30.3 Entidad federaliva [Redacted] Día Mes Año [Redacted]	

EN TODO QUE EL ORIGINAL, LA COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (VERDE) ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICIPANTES EN LOS PROCESOS ELECTORALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICIPANTES EN LOS PROCESOS ELECTORALES.

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

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

36
30

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

ACTA N.º: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] FINADO: [REDACTED]

SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] (NOMBRES) [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DÍAS [REDACTED] HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE Y CALZADA O INTERIOR) [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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

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

LUGAR 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 ANEXAS SIGUIENTES

FIRMAS

SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA

INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIONES FORENSES

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 SI ALGUNO DE ELLOS NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

IN PARA EL CASO

ATZINAPA

EL C. OFICIAL N.º [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL LIC. [REDACTED] FIRMA [REDACTED] SELLO DE LA OFICIALIA [REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

39 Modelo 2017.1 FOLIO 30

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 LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]		2. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]	
5. CURP [Redacted]		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> 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]	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted]		10.1 Tipo de vivienda [Redacted]		10.2 Nombre de la vivienda [Redacted]	
10.3 Num. Exterior [Redacted]		10.4 Num. Interior [Redacted]		10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]		10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]	
10.7 Localidad [Redacted]		10.8 Código Postal [Redacted]		10.9 Municipio o delegación [Redacted]		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEXEX <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEXEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]		14.3 Tipo de establecimiento Vía pública <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 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? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted]	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté 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) [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]		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> 43 días a 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"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <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? Sí <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 industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
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 [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]		23. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique [Redacted]		27. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [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 Nombre del asentamiento humano [Redacted]	
29.7 Localidad [Redacted]		29.8 Código Postal [Redacted]		29.9 Municipio o delegación [Redacted]		29.10 Entidad federativa [Redacted]	
29.11 Teléfono [Redacted]		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Redacted]		Motivación 1 [Redacted]		Motivación 2 [Redacted]	

Art. 110
Fracc. V
LFTAIP



39 38
40



ACTA DE DEFUNCION

ENTIDAD	DELEGACION	JUZGADO	LIBRO	ACTA	AÑO	CLASE	FECHA DE REGISTRO
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Nombre [Redacted] Edad [Redacted] Sexo [Redacted]
 Lugar de Nacimiento -- Ocupación [Redacted]
 Domicilio [Redacted] Nacionalidad [Redacted]
 Estado Civil [Redacted]
 Nombre del Padre _____
 Nombre de la Madre _____

El Cuerpo Será [Redacted] Orden No. [Redacted]
 En el Panteón [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]

Nombre [Redacted] Edad [Redacted]
 Parentesco con el Finado [Redacted]
 Nacionalidad [Redacted] IN PARA EL CASO
 Domicilio [Redacted]

La presente certificación es un extracto del acta cuyos datos arriba se precisan y que se expide firmada electrónicamente de manera autógrafa con fundamento en los artículos 48 del Código civil para el Distrito Federal y 13 fracción VII del Reglamento del Registro Civil del Distrito Federal en esta Ciudad de México.



FIRMA
 [Redacted Signature]

El C. Juez de la Oficina Central del Registro Civil del Distrito Federal, A 14 DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2013

[Redacted Signature]

LIC. [Redacted]

Para verificar la validez del contenido de esta copia visite pagina en internet <http://www.consejeria.df.gob.mx/rcivil>



CDMX
CIUDAD DE MEXICO

41 40

ACTA DE DEFUNCION

ENTIDAD	DELEGACION	JUZGADO	LIBRO	ACTA	AÑO	CLASE	FECHA DE REGISTRO
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

FINADO

Nombre [Redacted] Edad [Redacted] Sexo [Redacted]
 Lugar de Nacimiento -- Ocupación [Redacted]
 Domicilio [Redacted]
 Estado Civil [Redacted] Nacionalidad [Redacted]
 Nombre del Padre -----
 Nombre de la Madre -----

FALLECIMIENTO

El Cuerpo Será [Redacted] Orden No. [Redacted]
 En el Panteón [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]

DECLARACION

Nombre [Redacted] Edad [Redacted]
 Parentesco con el Finado [Redacted]
 Nacionalidad [Redacted] **AL DE LA REPUBLICA**
 Domicilio [Redacted] **DE INVESTIGACION**
ON PARA EL CASO
OTZINAPA

La presente certificación es un extracto del acta cuyos datos arriba se precisan y que se expide firmada electrónicamente y de manera autógrafa con fundamento en los artículos 48 del Código civil para el Distrito Federal y 13 fracción VII del Reglamento del Registro Civil del Distrito Federal en esta Ciudad de México.

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

 DIRECCION GENERAL DEL REGISTRO CIVIL CERTIFICACIONES

FIRMA

El C. Juez Central del Registro Civil del Distrito Federal A

16 DE FEBRERO DEL AÑO 2016

[Redacted Signature]

LIC. [Redacted]

Para verificar la validez del contenido de esta copia visite pagina en internet <http://www.consejeria.df.gob.mx/rcivil>

Art. 110
 Fracc. V y VII
 Ley del Registro Civil
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I y II
 Ley del Registro Civil
 Motivación 2



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

39
42

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

EXHIBIR 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 PARTICIPANTES
 DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICIPANTES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO			3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		
Día Mes Año			Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP				6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIÓ EN	
Se ignora <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>				Mediana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Año <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
8. EDAD CUMPLIDA							
Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes		Para menores de un año	
Minutos		Horas		Días		Meses	
Años cumplidos		Se ignora <input type="checkbox"/>		Para personas de un año o más		Se ignora <input type="checkbox"/>	
9.1 Folle del Certificado de Nacimiento:				9.2 Semanas de gestación:		9.3 Peso (gramos):	
En unión libre <input type="checkbox"/>				Divorcedo(a) <input type="checkbox"/>		Viudo(a) <input type="checkbox"/>	
Casado(a) <input type="checkbox"/>				Soltero(a) <input type="checkbox"/>		Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL							
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (s)							
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 Módulo de la vivienda		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:	
Ninguna <input type="checkbox"/>		Preescolar <input type="checkbox"/>		Primaria <input type="checkbox"/>		Secundaria <input type="checkbox"/>	
Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/>		Profesional <input type="checkbox"/>		Posgrado <input type="checkbox"/>		Se ignora <input type="checkbox"/>	
11.2 Trabajaba:		Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD				13.1 Número de segunda salud o afiliación:			
Ninguna <input type="checkbox"/>		ISSSTE <input type="checkbox"/>		SEDENA <input type="checkbox"/>		Seguro Popular <input type="checkbox"/>	
IMSS <input type="checkbox"/>		PEMED <input type="checkbox"/>		SEMAR <input type="checkbox"/>		IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN							
Secretaría de Salud <input type="checkbox"/>		IMSS <input type="checkbox"/>		PEMEX <input type="checkbox"/>		SEMAR <input type="checkbox"/>	
IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/>		ISSSTE <input type="checkbox"/>		SEDENA <input type="checkbox"/>		Otra unidad pública <input type="checkbox"/>	
Unidad médica privada <input type="checkbox"/>		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		14.3 Tipo de atención médica	
Hogar <input type="checkbox"/>		Se ignora <input type="checkbox"/>		14.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		14.5 Tipo de atención 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 o país (si reside en el extranjero)	
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?	
Se ignora <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		Se ignora <input type="checkbox"/>	
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN							
Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.							
18.1 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							
18.2 Causas antecedentes							
18.3 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo							
18.4 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte							
18.5 Código CIE							
19. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS							
21.1 ¿Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
El embarazo <input type="checkbox"/>		El parto <input type="checkbox"/>		El puerperio <input type="checkbox"/>		Código CIE	
43 días a 11 meses después del parto o aborto		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
22. ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL, ESPECÍFICAMENTE:							
22.1 ¿Fue un presunto accidente?		22.2 ¿Sólo donde ocurrió la lesión?		22.3 ¿Área (industria, taller, fábrica u obra)?		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con ella/ fallecido(a)	
Accidente <input type="checkbox"/>		Horario <input type="checkbox"/>		Salud <input type="checkbox"/>		Se ignora <input type="checkbox"/>	
Vivienda particular <input type="checkbox"/>		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/>		Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/>		Área de servicio <input type="checkbox"/>	
Área deportiva <input type="checkbox"/>		Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/>		Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/>		Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.5 La defunción fue causada en el Ministerio Público con el acta número:							
22.6 Déscrite 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 Núm. Exterior		22.7.2 Núm. Interior		22.7.3 Tipo de asentamiento humano		22.7.4 Nombre de la vivienda	
22.7.5 Código Postal		22.7.6 Localidad		22.7.7 Municipio o delegación		22.7.8 Nombre del asentamiento humano	
23. NOMBRE DEL INFANTE							
23.1 Nombre		23.2 Primer apellido		23.3 Segundo apellido		24. PARENTESCO	
25. CERTIFICADA POR							
Medico tratante <input type="checkbox"/>		Medico legista <input type="checkbox"/>		Otro médico <input type="checkbox"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO	
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/>		Autoridad civil <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>		Número de la certificación	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE							
28. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE							
28.1 Dirección		28.2 Núm. Exterior		28.3 Núm. Interior		28.4 Teléfono	
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN							
29.1 Día		29.2 Mes		29.3 Año		30. FECHA DE REGISTRO	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA G JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad			

AL DE LA REPUBLICA
 AL DE INVESTIGACION
 PARA EL CASO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

FOLIO

En nombre del Lic. [REDACTED] del Registro Civil de este Estado de Morelos y como Oficial [REDACTED] del Registro Civil de este lugar, hago saber a los que la presente quieren certificar que en el Libro Numero [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 N: [REDACTED]

OFICIALIA	LIBRO No.	ACTA No.	LOCALIDAD	FECHA DE REGISTRO
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
MUNICIPIO O DELEGACION		ENTIDAD FEDERATIVA		
[REDACTED]		[REDACTED]		
DATOS DEL FINADO				
NOMBRE(S)		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
[REDACTED]		[REDACTED]	[REDACTED]	
NACIONALIDAD	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD DEL FINADO	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
DOMICILIO: Calle N.º [REDACTED] Ex. Coj.		LOCALIDAD	MUNICIPIO	
[REDACTED]		[REDACTED]	[REDACTED]	
ENTIDAD	PAIS	ESTADO CIVIL		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
DATOS DEL PALAFRECCIMIENTO				
FECHA Y HORA DE DEFUNCION		LUGAR DE LA DEFUNCION		
[REDACTED]		[REDACTED]		
TIPO DE LA MUERTE	NOMBRE DEL CERTIFICANTE	CEDULA EN CASO DE SER MEDICO	CERTIFICADO N.º	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
NOMBRE DEL CONYUGE	NOMBRE DEL PADRE	NOMBRE DE LA MADRE		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
CAUSA(S) DE LA DEFUNCION				
[REDACTED]				

AL DE LA REPUBLICA
L DE INVESTIGACION

[REDACTED]

Administración del Registro Civil
EMILIANO ZAPATA
OFICIALIA DE REGISTRO CIVIL
2019-2021

LIC. [REDACTED]
EL C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL

COTEJO

Certificación que se expide en EMILIANO ZAPATA, MOR.

FECHA DE EXPEDICION



ORDEN DE CREMACION

OFICIALÍA No.:	LOCALIDAD:	NO. DE CONTROL:	FECHA DE REGISTRO:
MUNICIPIO:	ENTIDAD:		

ADMÓN. DEL CREMATARIO:
 LA C. [REDACTED]
 AGENCIA FUNERARIA "ANUBIS"
 EMILIANO ZAPATA, MORELOS.
 PRESENTE.

CON LA FINALIDAD DE DAR CUMPLIMIENTO A LO PRECEPTUADO EN EL ARTÍCULO 471 DEL CÓDIGO FAMILIAR PARA EL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MORELOS, SIRVASE DAR:

SEPULTURA PROCEDER A LA INCINERACIÓN

NOMBRE DE: [REDACTED] CUYA DEFUNCIÓN
 FUE CERTIFICADA POR EL DR. (A): [REDACTED] SEGÚN
 CERTIFICADO NÚMERO: [REDACTED] E FECHA: [REDACTED] ADSCRITA EN
 EL ACTA: [REDACTED] EN LA FOJA: [REDACTED] LIBRO: [REDACTED] EN LA OFICIALIA [REDACTED] DEL
 MUNICIPIO DE [REDACTED]

SIN OTRO PARTICULAR RECIBA MI SALUDO CORDIAL.

AL DE LA RE...
 IAL DE INVESTIGACIÓN
 ON PARA EL CASO



CONSTANCIA DE CREMACIÓN

21 DE MAYO 2019.

A QUIEN CORRESPONDA:

Por este medio hacemos constar que con esta fecha y cumpliendo con las disposiciones legales respectivas procedimos a la cremación de [REDACTED]; A lo anterior y en cumplimiento a la solicitud hecha por: [REDACTED]; quien se acreditó como [REDACTED] del finado, quedando registrado en esta empresa con los siguientes datos:

No. DE EXPEDIENTE: [REDACTED]

No. DE ACTA: [REDACTED]

No. DE LIBRO: [REDACTED]

OFICIALIA: [REDACTED]

HORA DE CREMACION: [REDACTED]

FUNERARIA: [REDACTED]



AL DE LA RE
AL DE INVEST
ON PARA EL C
TZINAPA



Privada 5 de Mayo #102 Col. Benito Juárez,
Emiliano Zapata, Mor.

777289 52 95 / 777288 48 42
322 50 00 / 177 81 29.



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
 OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
 ACTA No. [REDACTED] COMUNIDAD: [REDACTED]
 MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO
 NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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)

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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

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

LUGAR 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]

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

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[REDACTED]

[REDACTED]

FIRMAS
 [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

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.

[REDACTED]

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

SELLO DE LA OFICIALIA

[REDACTED]

An. 110
 Fraco V. VII

LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE EMPEZAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

47

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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]	
2. FECHA DEL FALLECIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si residió en el extranjero) [Redacted]	
5. CURP [Redacted]	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra [Redacted] Especifique [Redacted]
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" 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] Se ignora <input type="radio"/>
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento. [Redacted]	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input 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 Tipo de vivienda [Redacted] 10.2 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] del asentamiento humano [Redacted] 10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 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. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Complet <input type="radio"/> incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
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 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave de la unidad médica [Redacted]	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]	
16. FECHA 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 type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <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, 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) [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] CAUSAS ANTERIORES 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	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE UNA MUJER DE UN MAJOR DE INVESTIGACIÓN 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 El puerperio <input type="radio"/> 3 No <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 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 Añote 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. [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 vitalidad [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] 22.7.7 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"/> 1 Médico legisla <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 Especifique [Redacted]	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted]	
27. HOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]	
29. DOMICILIO y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 29.1 Tipo de vivienda [Redacted] 29.2 Núm. Exterior [Redacted] 29.3 Núm. Interior [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 Entidad federativa [Redacted] 29.9 Teléfono [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted] Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad [Redacted]	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted]	

Art. 110 Fracc. V

Art. 113

LFTAIIP Motivación 2



Dr. [REDACTED]

MEDICINA GENERAL CED. PROF. [REDACTED]
EGRESADO UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUERRERO
U.A.G.



48

NOMBRE: [REDACTED] FECHA: 25 Mayo 2019

R.p. EDAD: [REDACTED]

TEMP: _____

T/A: _____

El que suscribe Dr. [REDACTED]

hace constar medicamente que la [REDACTED]

[REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED]

alas 5:00pm con

leagnosti [REDACTED]

[REDACTED]

SERVICIO MUESTRAS
CEL [REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL
REGISTRO FEDERAL DE ELECTORES
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE [REDACTED] EDAD [REDACTED] SEXO [REDACTED]

DOMICILIO [REDACTED]

FOLIO CLAVE [REDACTED] AÑO DE REGISTRO [REDACTED]

CURP [REDACTED]

ESTADO [REDACTED] MUNICIPIO [REDACTED]

LOCALIDAD [REDACTED] SECCIÓN [REDACTED]

ESCRIPCIÓN [REDACTED] VIGENCIA HASTA [REDACTED] FIRMA [REDACTED]

49

[Barcode]

ESTE DOCUMENTO ES INTRANSFERIBLE, NO ES VÁLIDO SI PRESENTA TACHURAS O ENMIENDAS.

EL TITULAR ESTÁ OBLIGADO A NOTIFICAR EL CAMBIO DE DOMICILIO EN LOS 30 DÍAS SIGUIENTES A QUE ESTE OCURRA.

SECRETARÍA EJECUTIVA DEL INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL

ELECCIONES FEDERALES [REDACTED] LOCALES Y ESTADUALES [REDACTED]



SECRETARÍA EJECUTIVA DEL INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL
 DE LA REPÚBLICA
 AL DE INVESTIGACIÓN
 PARA EL CASO
 OTZINAPA

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2



Dr. [Redacted]

MEDICINA GENERAL CED. PROF [Redacted]
EGRESADO UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUERRERO
U.A.G.



NOMBRE: [Redacted]

FECHA: 25 Mayo 2019

R.p. EDAD: [Redacted]

TEMP: _____

T/A: _____

que suscribe Dr. [Redacted]

que constar medicamente que la [Redacted]

[Redacted] de [Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

SERVICIO LA HORAS
CEL [Redacted]

ACTA DE NACIMIENTO



En Estado de
 minutos del día de
 tes ante mí, el Ciudadano
 municipio, comparece
 originario..... de
 y vecina..... de
 y presenta vi a niña que lleva por
 nombre
 nacida en estado a
 las horas minutos del día
 de de mil novecien

PADRES:

Nombres:
 Origen:
 Vecindad:
 Domicilio:
 Estado Civil:
 Ocupación:
 Edades:
 Nacionalidad:

ABUELOS PATERNOS:

ABUELOS MATERNOS:

Nombres:
 Edades:

(Si el niño presentado fuere hijo natural y el padre, la madre o ambos lo reconocieren dentro del término de Ley, se asentará el hecho en estas líneas.)

SECRETARÍA DE INVESTIGACIONES TESTIGOS.

Nombres:
 Estado Civil:
 Ocupación:
 Vecindad:
 Domicilio:

Los testigos confirman lo declarado por y conformes con la pre-

“PRIMERA AMPLIACIÓN”
“INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES”

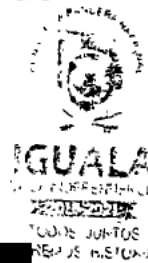
Iguala de la Independencia, Gro., a 02 de Junio 201

C. [REDACTED]
 ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	<u>27/05/2019</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>27/05/2019</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>28/05/2019</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>31/05/2019</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>01/06/2019</u>	[REDACTED]

SEMANA DEL 27 AL 02 DE Junio

SECRETARÍA DE DEFENSA NACIONAL
 INSTITUTO FEDERAL DE INVESTIGACIÓN
 FISCAL PARA EL CASO
 ATENTAMENTE



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCIÓN DE PANTEONES
 2018 - 2021

RECIBIDO

Fecha
 Recibio

C. [REDACTED]
 ADMINISTRADOR



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS OFICIALIA

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

ACTA No. [REDACTED] LOCALIDAD [REDACTED]

ENTIDAD FEDERATIVA [REDACTED]

FINADO

SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

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

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

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION [REDACTED] CREMACION [REDACTED] 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 H

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

EL MUNICIPIO DE PARALAJA

EL AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO. OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL 2016 - 2021



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[Redacted] **53**
[Redacted] **54**

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 Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa 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"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/>			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		8.2 Semanas de gestación: [Redacted]	
8.3 Peso (gramos): [Redacted]		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 type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad [Redacted] 10.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 10.3 Num. 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 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"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Se ignora <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 Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" 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"/>	
13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]			
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"/> 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] 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 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? 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"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) [Redacted] (como consecuencia de) b) [Redacted] (como consecuencia de) c) [Redacted] (como consecuencia de) d) [Redacted] (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 morboso que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Codigo 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 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"/> 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 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 vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 22.7.3 Num. 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 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 type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique [Redacted]		26. SI EL CERTIFICANTE ES [Redacted] Número de [Redacted]	
27. NOMBRE Nombre(s) [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. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA PÚBLICA DE REGISTRO 30.1 Núm. [Redacted] 30.2 Libro Núm. [Redacted]		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Fecha [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 LOS PARTICULARES

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación

LFTAIP
Motivación

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

54 SS

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Formulario de certificado de defunción con campos numerados del 1 al 34, incluyendo datos personales, familiares, médicos y registrales.

ENTREGUE EL ORIGINAL... LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CON...

LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN... LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES...

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

Art. 110

Art. 113

Fracc. V, M... LETAIP... Motivación 1... Fracc. I... LETAIP... Motivación 2

S6
S6

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

ACTA No. [REDACTED] LOCALIDAD [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA [REDACTED]

FINADO

SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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] (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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] 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: [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

AL DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
FIRMAS
PARA EL CASO

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. OF. LIC. [REDACTED]

M. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL [REDACTED] OFICIALIA EN DEL REGISTRO CIVIL

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



DIRECCIÓN DE PANTEONES
MEMORANDUM'S

2019, Año del Caudillo del Sur, "Emiliano Zapata"

56
57
TODOS
JUNTOS
Haremos Historia

Iguala Gro, a 28 de mayo de 2019.

Se autorizó a la C. [REDACTED] Fosa en Temporalidad (prestada), para la inhumación del cuerpo del R/N de apellidos: [REDACTED] en la Primera Ampliación del Panteón Municipal.



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
DIRECCIÓN DE
PANTEONES
2021
HAREMOS HISTORIA

ENCARGADO DE DESPACHO DE LA
DIRECCIÓN DE PANTEONES



DE LA REPÚBLICA
DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
ZINAPAPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

58



DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.

2018 - 2021

Nº

Iguala de la independencia, Gro., a 31 del mes Mayo del 20 19

Se autoriza al C. [REDACTED] con domicilio [REDACTED] tel. no. [REDACTED] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[REDACTED]

AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
DIRECCION DE PANTEONES
2018 - 2021
HAREMOS HISTORIA

TINAPA

DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

PRIMERA AMPLIACION

 2019

MINISTERIO FEDERAL DE LA REPÚBLICA
FEDERAL DE INVESTIGACIÓN
FEDERAL PARA EL CASO
FEDERAL

"JUNIO"

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

FOLIO

59
60

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)		2. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
3. EDAD CUMPLIDA		5. CURP		7. NACIONALIDAD	
6. ESTADO CONYUGAL		9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL	
11. ESCOLARIDAD		12. TRABAJA		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. ¿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. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
23. NOMBRE DEL INFANTE		24. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		25. DOMICILIO Y TELÉFONO	
26. SI EL CFRP PRESENTE EN EL FOLIO		27. NOMBRE		28. DOMICILIO Y TELÉFONO	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2



806



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MEXICO

ACTA DE DEFUNCION

CIUDAD DE MEXICO

ENTIDAD	DELEGACION	JUZGADO	ACTA	AÑO	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 E C I M I E N T O

El Cuerpo Será [Redacted] 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]

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 en tres ejemplares. EL JUEZ [Redacted] DEL REGISTRO CIVIL

NOMBRE DEL JUEZ: LIC. [Redacted] FIRMA DEL JUEZ: [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]

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 CUAUHTEMOC, DISTRITO FEDERAL A LOS 1 DIAS DEL MES DE JUNIO DEL AÑO 2019

C. JUEZ D [Redacted] DEL REGISTRO CIVIL

LIC. [Redacted]

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIIP Motivación 2



62

**“PRIMERA AMPLIACIÓN”
“INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES”**

Iguala de la Independencia, Gro., a 09 de Junio 201

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	03/06/2019	[REDACTED]
[REDACTED]	04/06/2019	[REDACTED]
[REDACTED]	05/06/2019	[REDACTED]

SEMANA DEL 03 AL 09 DE Junio

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE JUSTICIA Y FERIAZ
INVESTIGACIÓN
FEDERAL
TIZIMIN

ATENTAMENTE

C. [REDACTED]
ADMINISTRADOR



H. AYUNTAMIENTO MPAL CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCIÓN DE PANTEONES
2018 - 2021

RECIBIDO

Fecha [REDACTED] 05
Recibido [REDACTED]

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

63

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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

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 Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) [Redacted]		
5. CURP [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/>		
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 personas de un año o más: Meses [Redacted] Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/>	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted] 8.3 Peso (gramos): [Redacted]		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar 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 residía en el extranjero) [Redacted]	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input checked="" type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>		
14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]		Vía pública <input checked="" type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
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 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="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
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) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] DE INVESTIGACIÓN PARA EL CASO b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] 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 morboso que la produjo			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] 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="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 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"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <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 Anotar 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 Anotar 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]	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="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> *Especifique [Redacted]		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número [Redacted]		
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		28. [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 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted]	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]		31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad [Redacted]		

Art. 110
Fr. [Redacted]
LFTAIP
MOTIVACIÓN 1

Art. 113
LFTAIP
MOTIVACIÓN 2

REGISTRO CIVIL



64

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

ACTA No.: [REDACTED]

LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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)

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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] 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

AL DE LA RE
AL DE IN
ION PARA EL CASO

FIRMAS

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

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

[REDACTED]

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

[REDACTED]



Art. 100
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

LFTAIP
Motivación 2



DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2018 - 2021

№

Iguala de la independencia, Gro., a 4 del mes JUNIO del 2019

Se autoriza al C. [REDACTED] con domicilio [REDACTED] tel. no. [REDACTED] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso válido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[REDACTED]

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
DIRECCIÓN DE PANTEONES
2018 - 2021
TODOS JUNTOS HAREMOS HISTORIA

DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

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 LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DE LOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="checkbox"/>
5. CURP _____		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anexo _____ permanente donde vivía el fallecido (a) _____		11.1 La escolaridad seleccionada es. Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Tercera <input type="checkbox"/> Cuarta <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Bachillerato preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.7 Código Postal _____		10.6 Nombre _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Tercera <input type="checkbox"/> Cuarta <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Bachillerato preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		12.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		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"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/>		14.1 Nombre de la Unidad médica _____ 14.2 Clave de la Unidad médica _____	
15. DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.7 Código Postal _____		15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.10 Entidad federativa _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <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) 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 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 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 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"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <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? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
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 _____ 22.7.7 Código Postal _____		22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____	
22.7.8 Localidad _____		22.7.9 Municipio o delegación _____	
22.7.10 Entidad federativa _____		24. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico* <input type="checkbox"/> Persona autorizada por Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil* <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/>		26. _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____		28. FIRMA DEL CERTIFICANTE _____	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vitalidad _____ 29.2 Nombre de la vitalidad _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Localidad _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL 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. 113 Fracc. V, VII LFTAIIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIIP Motivación 2

67

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
ACTA No.	LOCALIDAD
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____
 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 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 CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

ONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
 B) _____
 C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

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

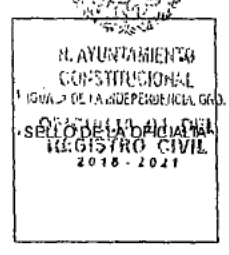
FIRMAS

TESTIGO _____

DECLARANTE _____

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

EL C. OFICIAL No. _____ DEL REGISTRO CIVIL LIC. _____



"PRIMERA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 16 de Junio 201

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	<u>10/06/2019</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>13/06/2019</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>15/06/2019</u>	[REDACTED]



GENERAL DE LA REPUBLICA
FEDERAL DE INVESTIGACIONES
FEDERALES PARA EL CASO
AYOTZINAPA

SEMANA DEL 10 AL 16 DE Junio

ATENTAMENTE

[REDACTED]
C. [REDACTED]
ADMINISTRADOR

Recibido
20 Junio 2019
[REDACTED]

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2018 - 2021

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 10 del mes JUNIO del 20 19

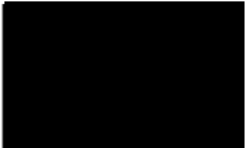
Se autoriza al [Redacted] con domicilio en [Redacted] tel. no [Redacted] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [Redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
DIRECCION DE
PANTEONES
2018 - 2021
HAREMOS HISTORIA

DIRECTOR DE PANTEONES:

(733) 33 396 00 Ext. 150

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

70

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 _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federaliva 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"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 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 _____ Se ignora <input type="radio"/>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <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) _____		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input 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 type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <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 privada <input type="radio"/>		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 type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <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.) 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 _____		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"/> 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 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 _____	
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 Nombre del asentamiento humano _____	
22.7.7 Código Postal _____		22.7.8 Localidad _____		22.7.9 Municipio o delegación _____	
22.7.10 Entidad federaliva _____		22.7.11 _____		22.7.12 _____	
23. NOMBRE DEL INFANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PADRESCO 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 Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		26. Si _____		28. FI _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		29.1 Tipo de vivienda _____		29.2 Nombre de la vivienda _____	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO _____		29.3 Num. Exterior _____		29.4 _____	
29.5 _____		29.6 Nombre del asentamiento humano _____		29.7 Código Postal _____	
29.8 _____		29.9 Municipio o delegación _____		29.10 Entidad federaliva _____	
29.11 Teléfono _____		29.12 _____		29.13 _____	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____	
32.2 Municipio o delegación _____		32.3 Entidad federaliva _____		32.4 _____	

Art. 110
Fracc. V y 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

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS ACTA DE DEFUNCION
REGISTRO CIVIL




ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE YUCATAN

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

ACTA No. [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]



FINADO

SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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 NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] 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

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. [REDACTED]

FIRMA

[REDACTED]



H. AYUNTAMIENTO
MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL
DEPENDENCIA GBO.
MUNICIPIO DE TZUCUCRU
OFICINA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2018 - 2021



DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2018 - 2021

72

Nº

Iguala de la independencia, Gro., a 15 del mes Junio del 20 19

Se autoriza al C. [redacted] con domicilio [redacted] tel. no. [redacted] persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de [redacted] hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted signature area]

DIRECTOR DE PANTEONES.

MUNICIPAL
IGUALA GRO
DE
ES
021
ESTADO

(733) 33 396 00 Ext. 150

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

"PRIMERA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 23 de Junio 2019

C. [Redacted]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	17/06/2019	[Redacted]
[Redacted]	18/06/2019	[Redacted]
[Redacted]	23/06/2019	[Redacted]

GENERAL DE LA REPÚBLICA
FISCAL DE INVESTIGACIÓN
NACIONAL PARA EL CASO
AYOTZINAPCA

SEMANA DEL 17 AL 23 DE Junio

ATENTAMENTE

C. [Redacted]
ADMINISTRADOR

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCIÓN DE PANTEONES
2018 - 2021
RECIBIDO
Fecha [Redacted]
Recibo [Redacted]

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

Folio 0017 1
 FOLIO

79

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)			
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	
4. ENTIDAD FEDERATIVA O PAÍS (El nacio en el extranjero)		5. CURP	
6. EDADE CUMPLIDA		7. NACIONALIDAD	
8. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		9. ESTADO CONYUGAL	
10. RESIDENCIA HABITUAL		11. ESCOLARIDAD	
12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13. OCUPACIÓN HABITUAL	
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. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
20. SI LA DEFUNCIÓN FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		21. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ DURANTE EL EMBARAZO	
22. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL		23. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL	
24. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL		25. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL	
26. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL		27. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL	
28. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL		29. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL	
30. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL		31. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL	
32. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL		33. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL	

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



FISCALIA GENERAL DEL ESTADO

UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL 1

CARPETA DE INVESTIGACION: 1206038 03 00929 150619.

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO 15 DE JUNIO DEL 2019.

OFICIO: 8373.

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL.

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] AÑOS

Ocupación: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Padres: [REDACTED]

Nacionalidad: [REDACTED] SO

Estado Civil: [REDACTED]

Originario: [REDACTED]

Instrucción: [REDACTED]

Lugar del deceso: [REDACTED]

Fecha del deceso: [REDACTED]

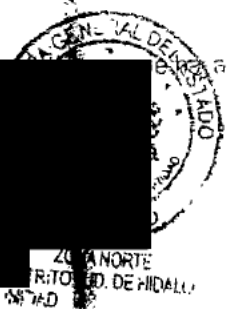
Causa de Muerte: [REDACTED]

Médico que dictaminó: [REDACTED]

Lugar de inhumación: [REDACTED]

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

[REDACTED]





OFICIALIA [REDACTED] FECHA DE REGISTRO [REDACTED]
 ACTA No. [REDACTED] LOCALIDAD [REDACTED]
 MUNICIPIO [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA [REDACTED]

FINADO SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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] 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] HORA: [REDACTED]

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

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

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

LUGAR 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] UBLIC [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE PARA EL CASO

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

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] [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

[REDACTED]

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



77



ESTADO DE CHIHUAHUA

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

ACTA No. [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)

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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] 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 DECLARÓ LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE PARA EL CASO

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]

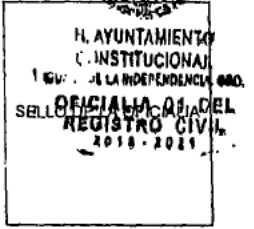
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

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



Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

RECALCADO

Art. 115 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

78

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª (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 Mujer Se ignora 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP Se ignora 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí 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

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

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

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)

10.1 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. humano 10.5 Nombre del 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 Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria Secundaria 5 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta 12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora 99

Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado Se ignora 99

12.1 Trabajaba Sí 1 No 2 Se ignora 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA Seguro Popular 7 Otra 8 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 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 14.1 Nombre de la unidad médica Vía pública 0 Otro lugar 12 Hogar 1 Se ignora 99

IMSS PROSPERA 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8 Unidad médica privada 9 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

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 Horas Minutos

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, asfixia, etc.)

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

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

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 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 (taller, fábrica u obra) Granja (rancho o parcela) 7 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4 Otro 8 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(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

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

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

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

27. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

28. DOMICILIO y TELÉFONO

28.6 Nombre del asentamiento humano 28.7 Código Postal

28.8 Localidad 28.9 Municipio o delegación 28.10 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 1 Médico legista 2 Otro médico 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil 5 Otro 6 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

27. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

28. DOMICILIO y TELÉFONO

28.6 Nombre del asentamiento humano 28.7 Código Postal

28.8 Localidad 28.9 Municipio o delegación 28.10 Entidad federativa

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA 32. LUGAR Y FECHA DE

31.1 Acta No. 32.1 Localidad 32.2 Municipio o delegación 32.3 Entidad federativa

32.4 Día Mes Año

Art. 110 Frac. V LFTAIP Motivación 1

Art. 110 Frac. I LFTAIP Motivación 2



7

Iguala Gro, a 24 de junio de 2019.

Se autorizó a la C. [REDACTED] Fosa en Temporalidad (prestada), para la inhumación del cuerpo de la persona quien en vida llevo el nombre de: [REDACTED] en la primera Ampliación del Panteón Municipal, el día (23 de junio 2019).

[REDACTED] AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
STITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
ECCION DE
ANTEONES
18 - 2021
HAREMOS HISTORIA

ENCARGADO DE DESPACHO DE LA
DIRECCIÓN DE PANTEONES



DE LA REPÚBLICA
DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



"PRIMERA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 30 de Junio 2019

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
no hubo		
INHUMACIONES		

SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
ZAMORA

SEMANA DEL 24 AL 30 DE Junio

ATENTAMENTE

C. [REDACTED]
ADMINISTRADOR

H. AYUNTAMIENTO MIPAL CONSTL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIRECCIÓN DE
PANTEONES
2018 - 2021
RECIBIDO
Fecha [REDACTED] 24/6
Recib. [REDACTED]

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

91

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS POR 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 Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
4. Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____			
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/>			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento _____		8.2 Semanas de gestación: _____	
8.3 Peso (gramos): _____		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Vido(a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 10.1 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 Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input checked="" type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
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 pública <input type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica _____ IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública <input checked="" type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 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 o país (si residía en el extranjero) _____	
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="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" 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) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ 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="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 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"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <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? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.4 Anote la relación que tiene el presunto agresor con el(los) fallecido(s) Área industrial (taller, fábrica u otra) <input type="checkbox"/> Grua <input type="checkbox"/> Rancho o parcela <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
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 _____			
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PADRE(S) CON EL(LOS) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique _____			
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____ 28. FIRMA _____			
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE 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 _____	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA DE REGISTRO CIVIL 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 LFTAIP Motivación 1
Fracc. I LFTAIP Motivación 2

82

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

REGISTRO CIVIL

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

ACTA No. [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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) [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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

SUBICACION: [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]

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

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

REGISTRO CIVIL
OFICIALIA DEL
GOBIERNO DEL ESTADO DE
SANTO DOMINGO DE LOS RIOS
COMUNIDAD AUTONOMA
ESTADAL DE LA INDEPENDENCIA, CRO
OFICIALIA DEL
REGISTRO CIVIL
4038

Art. 110
Frac. V
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Frac. V
LFTAIP
Motivación 2

PRIMERA
AMPLIACION



DE LA REPÚBLICA
DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO

€2019€

“ JULIO ”

"PRIMERA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 14 de Julio 2019

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	13/07/2019	[REDACTED]
[REDACTED]	14/07/2019	[REDACTED]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIONES
FEDERALES PARA EL CASO
Toluca

SEMANA DEL 08 AL 14 DE Julio

ATENTAMENTE

C. [REDACTED]
ADMINISTRADOR

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONST. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCIÓN DE PANTEONES
2018 - 2021
RECIBIDO
Fecha: [REDACTED] 1:20
Recibido: [REDACTED]



DIRECCION DE PANTEONES




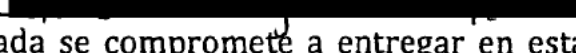
H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2018 - 2021

85

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 13 del mes Julio del 2019.

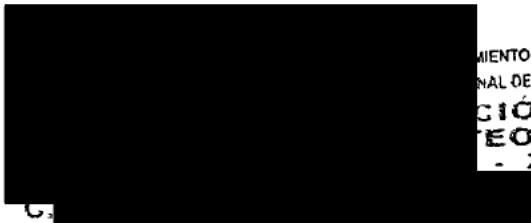
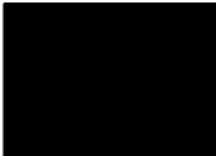
Se autoriza al C.  con domicilio  tel. no.  la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: **dos días hábiles.**

Permiso válido únicamente sábado, domingo y días festivos.




DIRECTOR DE PANTEONES.

AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
MUNICIPAL DE IGUALA GRO
DIRECCION DE PANTEONES
- 2021
HAREMOS HISTORIA

 (733) 33 396 00 Ext. 150

 presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

 **Palacio Municipal**
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

86

PRIMERA AMPLIACION
INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES

Iguala de la Independencia, Gro., a 07 de Julio 2019

C. [Redacted]
ENCARGADO DE LA DIRECCION DE PANTEONES

Table with 3 columns: NOMBRE, FECHA, UBICACION. Row 1: No. hubo INHUMACIONES.



SECRETARIA DE LA REPUBLICA
INVESTIGACION PARA EL CASO
OTZINAPAPA

SEMANA DEL 07 AL 07 DE Julio

ATENTAMENTE

C. [Redacted]
ADMINISTRADOR



H. AYUNTAMIENTO MPAL CONSTL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCION DE PANTEONES
2018 - 2021

RECIBIDO
Fecha [Redacted] hora 11:20
Recib [Redacted]



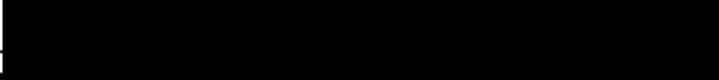

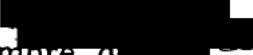

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2018 - 2021

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 14 del mes Junio del 2019

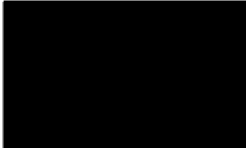
Se autoriza al  con domicilio  tel. no.  la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso válido únicamente sábado, domingo y días festivos.




DIRECTOR DE PANTEONES.

AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
IGUALA DE IGUALA GRO.
DIRECCION DE PANTEONES
2021
TODOS JUNTOS HAREMOS HISTORIA

 (733) 33 396 00 Ext. 150

 presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

 **Palacio Municipal**
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

88

"PRIMERA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 28 de Julio 2018.

C. [Redacted]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	24/07/2019	[Redacted]
[Redacted]	27/07/2019	[Redacted]
[Redacted]	28/07/2019	[Redacted]
[Redacted]		
[Redacted]		
[Redacted]		
[Redacted]		
[Redacted]		
[Redacted]		



PROFESORADO
FACULTAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE INVESTIGACION
CON PARA EL CASO
27/07/2019

SEMANA DEL 22 AL 28 DE Julio

ATENTAMENTE

C. [Redacted]
ADMINISTRADOR



H. AYUNTAMIENTO MPAL CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCIÓN DE PANTEONES
2018 - 2021

RECIBIDO

Fecha: [Redacted] Hora: 16:30
Recibido por: [Redacted]

89



FECHA DE REGISTRO

ACTA No.

LOCALIDAD

ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

SEXO: HOMBRE

MUJER

NOMBRE:

NOMBRE(S)

(PRIMER APELLIDO)

(SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

NACIONALIDAD:

AÑOS MESES DIAS HORAS

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

CREMACION

NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO:

UBICACION:

ORDEN NO.:

ONDE FALLECIO:

CAUSAS DE LA MUERTE: A)

B)

C)

TIPO DE DEFUNCION:

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:

NO. DE CEDULA PROFESIONAL:

DOMICILIO:

DECLARANTE

NOMBRE:

EDAD:

NACIONALIDAD:

PARENTESCO:

DOMICILIO:

OCCUPACION:

LA REPUBLICA DE INVESTIGACION TESTIGOS PARA EL CASO

NOMBRE:

EDAD:

NACIONALIDAD:

PARENTESCO:

DOMICILIO:

OCCUPACION:

NOMBRE:

EDAD:

NACIONALIDAD:

PARENTESCO:

DOMICILIO:

OCCUPACION:

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FIRMAS

TESTIGO

DECLARANTE

TESTIGO

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

EL C. OFICIAL No. DEL REGISTRO CIVIL LIC.

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL IGUALA DE LA BREVETADURA, GRO. OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL 2010-2011

Art. 110

Art. 111

Motivación 1

Motivación 2

INTERESADO

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

FOLIO

90

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA ROSA Y LA 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) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) [Redacted]		
5. CURP [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/>		
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="checkbox"/>		
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote 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 Nombre del asentamiento humano: [Redacted] 10.6 Localidad: [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="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input checked="" type="checkbox"/>
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimiento: [Redacted] Via pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
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 Nombre del asentamiento humano: [Redacted] 15.6 Localidad: [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 type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		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) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) Debido a (o como consecuencia de) [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]
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 14 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 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"/> 21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 21.3 Las causas anotadas son complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA 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 asentamiento humano? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.3 ¿Ocurrió en un sitio particular? Vivienda colectiva (caso, apartamento, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Granje (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(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 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] 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="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> 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 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]

Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1
 Fracc. I LFTAIP Motivación 2



DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2018 - 2021

Nº

Iguala de la independencia, Gro., a 27 del mes Julio del 20 19

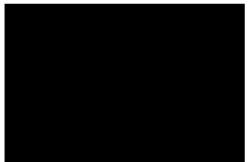
Se autoriza al C. [redacted] con domicilio [redacted] tel. no. [redacted] para la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

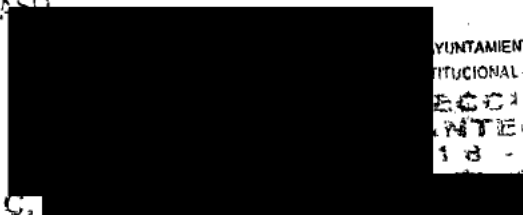
Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso válido únicamente sábado, domingo y días festivos.



MEXICANA
DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
PARA EL CASO
ZINAPAPA



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA GRO
**DIRECCION DE
PANTEONES**
2018 - 2021
HAREMOS HISTORIA

DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Nº [Redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 28 del mes Julio del 2019

Se autoriza al C. [Redacted] con domicilio [Redacted] tel. no. [Redacted] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [Redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso válido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[Redacted Signature]

DIRECTOR DE PANTEONES.



(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

MEXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
 CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE: [REDACTED] TEL. DE NACIMIENTO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 MUNICIPIO: [REDACTED]
 ESTADO: [REDACTED] MUNICIPIO: [REDACTED] SECCION: [REDACTED]
 LOCALIDAD: [REDACTED] CARRERA: [REDACTED] VIVIENDA: [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
 DE INVESTIGACIÓN
 PARA EL CASO
 ZINAFRA

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

94

ENTRARSE EN ORIGINAL, LA COPIA (OS) Y LA FOLIO (AS) AL CENTRO JML PARA CUMPLIR RELACIÓN 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: Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]	
5. CURP [Redacted]	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="radio"/> Sí <input 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 [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: En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorcado(a) <input type="radio"/> Vuelto(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL: Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted]	
11. ESCOLARIDAD: Ninguna <input type="radio"/> Prescolar <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"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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"/> IMS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMS <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: [Redacted]	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Hora [Redacted] Minutos [Redacted]	
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 type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa principal. Evite señalar modos de morir -ejemplo- paro cardíaco, asfexia, etc.)	
<p>PARTE I</p> <p>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]</p> <p>b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]</p> <p>c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]</p> <p>d) [Redacted]</p> <p>PARTE II</p> <p>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado mortuoso que la produjo</p> <p>[Redacted]</p>	
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 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 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"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Anote la relación que tiene 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 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 DEL INF. [Redacted]	
24. PARIENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
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: [Redacted]	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted]	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE [Redacted]	
29. 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

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

95

"PRIMERA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 04 de Agosto 2018.

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	29/07/2019	[REDACTED]
[REDACTED]		

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE JUSTICIA Y FERIAZ
FEDERAL DE LA REPÚBLICA
FEDERAL DE INVESTIGACIÓN
FEDERAL PARA EL CASO
FEDERAL TIZMINAPA

SEMANA DEL 29 AL 04 DE Agosto

ATENTAMENTE



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCIÓN DE PANTEONES
2018 - 2021

RECIBIDO
Fecha 13-08-19 Hora 10:43
Recibo [REDACTED]

C. [REDACTED]
ADMINISTRADOR

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO 96

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª (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) <input type="text"/>		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Muje <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. ENTIDAD DE <input type="text"/>	
2. <input type="text"/>		5. CURP <input type="text"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <input type="text"/> Minutos Para menores de un día: <input type="text"/> Horas Para menores de un mes: <input type="text"/> Días Para menores de un año: <input type="text"/> Meses Para personas de un año o más: <input type="text"/> Años cumplidos		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique <input type="text"/>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL 10.1 Domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <input type="text"/>		10.2 Nombre de la vitalidad <input type="text"/>		10.3 Núm. Exterior <input type="text"/>	
10.4 Núm. Interior <input type="text"/>		10.5 Tipo de asentamiento humano <input type="text"/>		10.6 Nombre del asentamiento humano <input type="text"/>	
10.7 Código Postal <input type="text"/>		10.8 Localidad <input type="text"/>		10.9 Municipio o delegación <input type="text"/>	
10.10 Entidad federativa (si nació en el extranjero) <input type="text"/>		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completada <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>	
11.2 CONYUGACIÓN MATRIMONIAL Se ignora <input type="checkbox"/>		12.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		12.2 <input type="text"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación <input type="text"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>	
14.1 Nombre de la unidad médica <input type="text"/>		14.2 Clave (CIE) <input type="text"/>		14.3 <input type="text"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Exterior <input type="text"/>		15.2 Núm. Interior <input type="text"/>		15.3 Tipo de asentamiento humano <input type="text"/>	
15.4 Núm. Exterior <input type="text"/>		15.5 Núm. Interior <input type="text"/>		15.6 Nombre del asentamiento humano <input type="text"/>	
15.7 Código Postal <input type="text"/>		15.8 Localidad <input type="text"/>		15.9 Municipio o delegación <input type="text"/>	
15.10 Entidad federativa <input type="text"/>		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 (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) <input type="text"/>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <input type="text"/>		Código CIE <input type="text"/>	
b) 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) <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 morbo que la produjo <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="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de: embarazo, parto o puerperio? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas se relacionaron con: embarazo, parto o puerperio? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		21.4 <input type="text"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <input type="text"/>	
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 durante 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, 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) <input type="text"/>		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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vitalidad <input type="text"/>		22.7.2 Nombre de la vitalidad <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"/>		23. NOMBRE DEL INF. <input type="text"/>	
24. PARIENTES CON EL(LA) FALLECIDO(A) <input type="text"/>		25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique <input type="text"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <input type="text"/>	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE <input type="text"/>		28. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 28.1 Tipo de vitalidad <input type="text"/>		28.2 Nombre de la vitalidad <input type="text"/>	
28.3 Núm. Exterior <input type="text"/>		28.4 Núm. Interior <input type="text"/>		28.5 Tipo de asentamiento humano <input type="text"/>	
28.6 Nombre del asentamiento humano <input type="text"/>		28.7 Código Postal <input type="text"/>		28.8 Localidad <input type="text"/>	
28.9 Municipio o delegación <input type="text"/>		28.10 Entidad federativa <input type="text"/>		28.11 Teléfono <input type="text"/>	
28.12 Día <input type="text"/>		28.13 Mes <input type="text"/>		28.14 Año <input type="text"/>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Módulo <input type="text"/>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 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"/>		32.5 Mes <input type="text"/>	
32.6 Año <input type="text"/>		32.7 <input type="text"/>		32.8 <input type="text"/>	

Art. 113
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



97

REGISTRO CIVIL

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LOCALIDAD: [REDACTED]

UNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] (NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO))

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS: MESES: DÍAS: HORAS: NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (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: HOGAR [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

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

DIRECCION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

LUGAR 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 EN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN

[REDACTED]

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

[REDACTED]



PLANTEON MUNICIPAL

98

PRIMERA AMPLIACION

€2019€

AL DE LA REPUBLICA
L DE INVESTIGACION
N PARA EL CASO
TZINAPA

“AGOSTO”

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

99

"PRIMERA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 11 de Agosto 2018.

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	<u>05/08/2019</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>10/08/2019</u>	[REDACTED]



SEMANA DEL 05 AL 11 DE Agosto
PARA EL CASO

ATENTAMENTE

C. [REDACTED]
ADMINISTRADOR



AYUNTAMIENTO MPAL CONSTL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCIÓN DE PANTEONES
2018 - 2021
RECIBIDO
Fecha 13-08-19 Hora 10:43
Recibo [REDACTED]



DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2018 - 2021

100

Nº

Iguala de la independencia, Gro., a 10 del mes Agosto del 20 19

Se autoriza al C. [redacted] con domicilio [redacted] tel. no. [redacted] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso válido únicamente sábado, domingo y días festivos.

DE INVE
PARA E
IZINAPA



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA GRO
**DIRECCIÓN DE
PANTEONES**
2018 - 2021
TODOS JUNTOS HAREMOS HISTORIA

C. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Septiembre
2014



2a. Ampliación
Panteón Municipal.

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
DEPARTAMENTO DE PANTEONES
Memorandum

102

Acciones Reales

IGUALA

IGUALA, GRO., 26 DE SEPTIEMBRE, DE 2014

C. [REDACTED]
ADMINISTRADOR DE LA 2ª. AMPLIACION DEL
PANTEON NUEVO MUNICIPAL.
PRESENTE.

POR MEDIO DEL PRESENTE LE COMUNICO A USTED QUE POR INDICACIONES DE LA
C. MARIA DE LOS ANGELES PINEDA DE ABARCA, PRESIDENTA DEL DIF MUNICIPAL, SE AUTORIZA
AL C. [REDACTED] CON DOMICILIO CONOCIDO, [REDACTED] [REDACTED]
[REDACTED] UN ESPACIO EN LA FOSA COMUN DE SU AREA DEL PANTEON
MUNICIPAL, SEGUNDA AMPLIACION, PARA DARLE CRISTIANA SEPULTURA A LA PERSONA QUE
EN VIDA SE LLAMO [REDACTED].

SIN MAS QUE COMUNICARLE RECIBA USTED UN CORDIAL SALUDO.



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL A [REDACTED]
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
DEPARTAMENTO DE [REDACTED]
PANTEONES S. [REDACTED]
2012 - 20 [REDACTED] JEFE DEL [REDACTED] PANTEONES

AV. VICENTE GUERRERO NO. 1 COL. CENTRO IGUALA, GRO. C. P. 40000 TEL.: 33-3-96-00
www.ayuntamientodeiguala.gob.mx



FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
FISCALÍA DE INVESTIGACIÓN
FISCALÍA PARA EL CASO
TIZINAPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
DEPARTAMENTO DE PANTEONES

103

Acciones Reales

IGUALA, GRO., A 28 DE noviembre DEL 2014.

POR ESTE MEDIO AUTORIZO AL C. [REDACTED]

CON DOMICILIO [REDACTED]

TEL. No. [REDACTED]

AL NOMBRE DE: [REDACTED]

LA INHUMACION DE LA PERSONA QUE EN VIDA RESPONDIO
LA PERSONA
AUTORIZADA SE COMPROMETE A ENTREGAR EN ESTAS OFICINAS COPIAS SIN TACHADURAS, NI
ENMENDADURAS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- 1 COPIA DEL CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION
- 1 COPIA DE LA CONSTANCIAS DE PERPETUIDAD DEL PANTEON
- 1 COPIA DEL ACTA DE DEFUNCION
- 1 COPIA DEL RECIBO DE PAGO DE INHUMACION
- 1 COPIA DEL PAGO DE MANTENIMIENTO.
- 1 COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR DE QUIEN REALIZA EL TRAMITE

*NOTA: EN CASO DE NO PRESENTAR DOCUMENTACION, SE PROCEDERA CONFORME A DERECHO.

CON FECHA LIMITE DE: DOS DIAS HABILES.

PERMISO VALIDO UNICAMENTE PARA [REDACTED]



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015

AV. VICENTE GUERRERO NO. [REDACTED]

www.ayuntamientodeiguala.gob.mx

3-96-00

084

SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIONES
FEDERALES PARA EL CASO
TIZIAPAPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 24-V

FOLIO

109

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA CONTINUAR 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 POSICIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
	2. CURP		1. SEXO		4. NACIONALIDAD		Se ignora <input type="radio"/>	
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO	
	9. EDAD CUMPLIDA		10. ESTADO CONYUGAL		11. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)	
	12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN HABITUAL		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación	
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		15.3 Tipo de atención	
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.3 Localidad	
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		22. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		23. ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.1 Fue un presunto		23.2 Sitio donde ocurrió la lesión		23.3 Descripción de la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión	
DEL CERTIFICANTE	24. NOMBRE		26. CERTIFICADA POR		27. SI ES MÉDICO		28. TELÉFONO	
	29. DOMICILIO		30. DOMICILIO		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
	33.1 Acta Num.		34.2 Municipio o delegación		34.3 Entidad federativa		34.4 Día Mes Año	

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

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

105



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.

UNIDAD DE INTEGRALIDAD

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : 12031010401276300948

OFICIO NUM.: 7190

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, SIEMPRE, (33) TREINTA DÍAS DEL 23 DE SEPTIEMBRE DEL DOS MIL CINCO

1998, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón

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

Atentamente
Ministerio Público
[redacted signature block]

H. COLEGIO MILITAR (PPN ADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLVO SWAGEN

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

106



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____
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: _____
(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 CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE ATENDIÓ LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____ PUBLICO PRIVADO

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

DECLARANTE

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. _____ DEL REGISTRO CIVIL
LIC. _____



Art. 113

GRUPO DEFUNCIONARIO
 JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
 GUERRERO

Art. 110
Fracc. VII
LFTAIP
Motivación 1

INTERESADO

Motivación 2



ASUNTO: CONSTANCIA DE UBICACION

C. [Redacted]
DIRECTOR DE PANTEON MUNICIPAL
PRESENTE

POR ESTE MEDIO INFORMO A USTED QUE LA (EL)

C. [Redacted]
TIENE SUS DIFUNTOS EN : [Redacted]
[Redacted] **DEL PANTEÓN MUNICIPAL, QUE SE ENCUENTRA**

**EXTENDIÉNDOSE EL PRESENTE PARA LOS USOS Y FINES LEGALES QUE
AL INTERESADO CONVenga, EN LA CIUDAD DE IGUALA DE LA
INDEPENDENCIA DEL ESTADO DE GUERRERO A LOS 11 DÍAS
DEL MES Noviembre DEL AÑO 2015**

[Redacted Signature and Stamp]
[Redacted Title]
[Redacted Name]

- ❖ REQUISITOS: PARA CONSTANCIA (POR EXTRAVIO DE DOCUMENTOS)
- ❖ COPIA DE CREDENCIAL DE ELECTOR
- ❖ COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO
- ❖ 2 TESTIGOS CON COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR
- ❖ COPIA DE ÚLTIMO RECIBO DE PAGO.

**AV. VICENTE GUERRERO No. 1 COL. CENTRO IGUALA GRO. C.P. 40000 TEL:3339600
WWW.AYUNTAMIENTODEIGUALA.GOB.MX**

(733) 33 396 00 Ext. 145



correo@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx



Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero, Mexico.

207

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]

FINADO: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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] (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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] 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

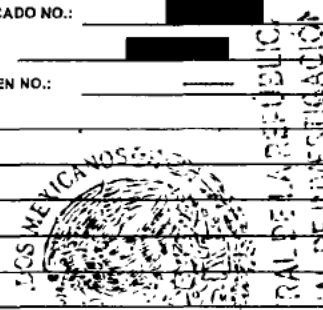
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

PARENTESCO: [REDACTED]



OPINION PARA EL CASO
AUTIZADA

REUNION
ART. 113
FRACC. I
LFTAIP
MOTIVACION 2

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

109



Form fields including: OFICIALIA, FECHA DE REGISTRO, LIBRO, ACTA No., LOCALIDAD, ENTIDAD FEDERATIVA, MUNICIPIO, FINADO, SEXO, NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, EDAD, NACIONALIDAD, LUGAR DE NACIMIENTO, DOMICILIO HABITUAL, NOMBRE DEL CONYUGE, NOMBRE DEL PADRE, NOMBRE DE LA MADRE, FALLECIMIENTO, TIPO DE DEFUNCION, NOMBRE DEL MEDICO, NO. DE CEDULA PROFESIONAL, DOMICILIO, DE INVESTIGACION, DECLARANTE, TESTIGOS.

GUERRERO
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
ACTA DE DEFUNCION NO. 10

FIRMAS
DECLARANTE
TESTIGOS
SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO...
MAN QUIENES EN

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

INTERESAL
Motivación 2



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

FOLIO

120

SERIAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL
DERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

OS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA L
S LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA I

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG.
CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____	
2. CURP _____	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 99 Mujer <input type="radio"/> 9
4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 9	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 9 No <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 9
6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____	7. TALLA Metros _____ Centímetros _____
8. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	
9. 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	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 8 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Vuido(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
11. ¿FUE EMPLEADO O TRABAJADOR? (si vivía en el extranjero) Sí <input type="radio"/> 9 No <input type="radio"/> 9	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria Incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria Incompleta <input type="radio"/> 3 Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10 13.1 Trabajaba <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 9	
14. 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"/> 4 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE 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 Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	
15.1 Nombre de la unidad médica _____	
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____	
16. ¿FUE EN EL INTERIOR DEL PAÍS? Sí <input type="radio"/> 9 No <input type="radio"/> 9	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Fecha: _____ Hora: _____	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 9 No <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 9	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 9 No <input type="radio"/> 9	
20. 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) Debido a (o como consecuencia de) _____ 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) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo _____	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 14 A 45 AÑOS 22.1 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	
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 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 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? _____	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____	
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____	
24. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____	
25. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) _____	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input 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"/> 8	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Nombre de la escuela profesional _____	
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____	
29. TELÉFONO Número _____	
30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE Calle y número _____ Colonia _____ Localidad _____ Municipio o delegación _____ Entidad federativa _____	
31. FECHA DE CERTIFICACIÓN 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 _____	
33.1 Acta Núm. _____ 33.2 Libro Núm. _____	

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Noviembre

2014

2a. Ampliación
Panteón Municipal.



H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
DEPARTAMENTO DE PANTEONES

112

IGUALA, GRO. A 19 DE NOVIEMBRE DEL 2014

POR ESTE MEDIO AUTORIZO AL C. [REDACTED]

CON DOMICILIO [REDACTED]
TEL. No. [REDACTED] LA INHUMACION DE LA PERSONA QUE EN VIDA RESPONDIO
AL NOMBRE DE: [REDACTED] LA PERSONA
AUTORIZADA SE COMPROMETE A ENTREGAR EN ESTAS OFICINAS COPIAS SIN TACHADURAS, NI
ENMENDADURAS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- 1 COPIA DEL CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION
- 1 COPIA DE LA CONSTANCIAS DE PERPETUADAD DEL PANTEON
- 1 COPIA DEL ACTA DE DEFUNCION
- 1 COPIA DEL RECIBO DE PAGO DE INHUMACION
- 1 COPIA DEL PAGO DE MANTENIMIENTO
- 1 COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR DE QUIEN REALIZA EL TRAMITE

*NOTA: EN CASO DE NO PRESENTAR DOCUMENTACION, SE PROCEDERA CONFORME A DERECHO.

CON FECHA LIMITE DE: DOS DIAS HABILES

PERMISO VALIDO UNICAMENTE SABADO Y DOMINGOS.



AV. VICENTE GUERRERO NO. [REDACTED] 10000 TEL.: 33-3-96-00

www.ayuntamientodeiguala.gob.mx



SECRETARÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO FEDERAL DE INVESTIGACIONES
CIENTÍFICAS Y ESTADÍSTICAS
DIRECCIÓN PARA EL CASO
TOTZINAPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

113



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] No. [REDACTED] COMUNIDAD: [REDACTED]

[REDACTED] COOPERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MILIT: [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)

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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

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

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

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
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

FIRMAS

[REDACTED]

DECLARANTE

DE QUIEN INTERVIENE EN 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. [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL
Lic. [REDACTED]

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

Centro
Campesino
GR DEFUNCION
E. A. M. C. A. T. O

OFICIALIA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Diciembre

2014



AL DE LA REPÚBLICA
DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
ZINAPA



IGUALA
DE GUERRERO
2012-2017

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL

DEPARTAMENTO DE PANTEONES



Acciones Reales

115

IGUALA, GRO., A 12 DE DICIEMBRE DEL 20 19

POR ESTE MEDIO AUTORIZO AL C. [REDACTED]

CON DOMICILIO [REDACTED]

TEL. No. [REDACTED] LA INHUMACION DE LA PERSONA QUE EN VIDA RESPONDIO AL NOMBRE DE: [REDACTED], LA PERSONA

AUTORIZADA SE COMPROMETE A ENTREGAR EN ESTAS OFICINAS COPIAS SIN TACHADURAS, NI ENMENDADURAS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- 1 COPIA DEL CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION
- 1 COPIA DE LA CONSTANCIAS DE PERPETUIDAD DEL PANTEON
- 1 COPIA DEL ACTA DE DEFUNCION
- 1 COPIA DEL RECIBO DE PAGO DE INHUMACION
- 1 COPIA DEL PAGO DE MANTENIMIENTO.
- 1 COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR DE QUIEN REALIZA EL TRAMITE

*NOTA: EN CASO DE NO PRESENTAR DOCUMENTACION, SE PROCEDERA CONFORME A DERECHO.

CON FECHA LIMITE DE: DOS DIAS HABLES.

PERMISO VALIDO UNICAMENTE SA [REDACTED]

C. L.
JEF

168

AV. VICENTE GUERRERO NO. 1 COL. CENTRO IGUALA, GRO. C. P. 40000 TEL: 33-3-96-00
www.ayuntamentodeiguala.gob.mx

SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
N PARA EL CASO
TEJANAPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Marzo

2016



2a. Ampliación Panteón Municipal.



Iguala de la Independencia Gro; 11 de Marzo 2016

MEMORANDUM

Se otorga al C. [Redacted]
Con domicilio [Redacted]

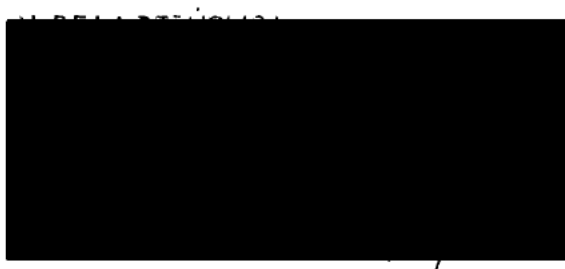
La inhumación en fosa de temporalidad a la persona que en vida respondió al nombre de [Redacted]

En 2da ampliación.

Panteón municipal de esta Ciudad.

La persona autorizada entregara en estas oficinas los siguientes documentos:

- 1.- Copia de certificado de defunción.
- 2.- Copia del acta de defunción.
- 3.- Copia del pago de apertura de fosa.
- 4.- Copia del pago de inhumación.



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
**DIR. DE
PANTEONES**
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO



Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,

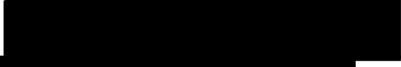





118

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 20 del mes Marzo del 2016.

Se autoriza al C.  con domicilio  tel. no.  la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.


Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.





DE LA REPUBLICA
DE INV
PARA
ZIMAP



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
IGUALA DE IGUALA, GRO
R. DE
PANTEONES
- 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

 (733) 33 396 00 Ext. 150

 presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

 P
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Folio 231C
FOLIO

ANTES DE LLENAR LAS INSTANCIAS EN EL REVERSO

REQUIERE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (ROSA) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER SU COPIA DE DEFUNCIÓN. POR EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INICIAL.

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]		2. CURP [REDACTED]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		6. PESO Kilogramos [REDACTED] Gramos [REDACTED]		7. TALLA Metros [REDACTED] Centímetros [REDACTED]		8. FECHA DE NACIMIENTO Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]	
9. EDADE 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"/>		9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento [REDACTED]		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
11.1 Municipio o delegación [REDACTED]		11.2 Colonia [REDACTED]		11.3 Localidad [REDACTED]			
11.4 Municipio o delegación [REDACTED]		11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [REDACTED]					
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparación incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12.1 Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparación completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajo [REDACTED] 13.2 [REDACTED] Se ignora <input type="radio"/>			
14. 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"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]					
15. SITIO DE OCURRENCIA DE 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 Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>		15.1 Nombre de la unidad médica [REDACTED]		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [REDACTED]			
16.1 Municipio o delegación [REDACTED]		16.2 Colonia [REDACTED]		16.3 Localidad [REDACTED]			
16.4 Municipio o delegación [REDACTED]		16.5 Entidad federativa [REDACTED]					
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED] Horas [REDACTED] Minutos [REDACTED]		18. ¿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. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>			
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite términos de diagnóstico clínico, estomatológico, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente 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 morbosos que la produjo		22.1 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		22.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> homicidio <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.2 ¿La defunción fue registrada en el [REDACTED]?		23.3 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"/>			
23.4 ¿La defunción fue registrada en el [REDACTED]?		23.5 ¿La defunción fue registrada en el [REDACTED]?		23.6 ¿La defunción fue registrada en el [REDACTED]?			
23.7.1 Calle y número [REDACTED]		23.7.2 Colonia [REDACTED]		23.7.3 Localidad [REDACTED]			
23.7.4 Municipio o delegación [REDACTED]		23.7.5 Entidad federativa [REDACTED]					
24. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]		25. parentesco con el(la) fallecido(a) [REDACTED]					
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico registra <input checked="" type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizado por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		27. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]					
28. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]		29. TELÉFONO [REDACTED]					
30. DOMICILIO [REDACTED]		31. FIRMA [REDACTED]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num [REDACTED] Libro Núm [REDACTED] 33.1 Acta Num [REDACTED]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [REDACTED] 34.2 Municipio o delegación [REDACTED]		34.3 Entidad federativa [REDACTED] 34.4 Día Mes Año [REDACTED]			

ATENCIÓN: EL REVERSO DE ESTE CERTIFICADO DEBE REGISTRARSE ÚNICAMENTE EN ESTE ORIGINAL EN LA SECRETARÍA DE SALUD



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

120



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.

UNIDAD DE INTEGRAL 1

CARPETA DE INVESTIGACIÓN



OFICIO NÚM.: 2990

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

EN LA CIUDAD DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (14) CATORCE DIA(S) DEL MES DE MARZO DEL DOS MIL DIECISEIS

OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
DISTRITO JUDICIAL MUNICIPAL
DE LA ZONA NORTE
PRESENTE.

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

Edad: [REDACTED] AÑOS

Ocupación: [REDACTED]

Inicio: [REDACTED]

Dirección: [REDACTED]

Nacionalidad: [REDACTED]

Estado Civil: [REDACTED]

Legionario: [REDACTED]

Educación: [REDACTED]

Fecha del deceso: [REDACTED]



H. COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLSKSWAGEN

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.

UNIDAD DE INTEGRAL 1

CARPETA DE INVESTIGACIÓN :



OFICIO NÚM.: 2990

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

... DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (14) CATORCE DIA(S) DEL MES DE MARZO DEL DOS MIL DIECISEIS

... DE LA COORDINACION DE LAS ORGANIZACIONES CAMPESINAS,

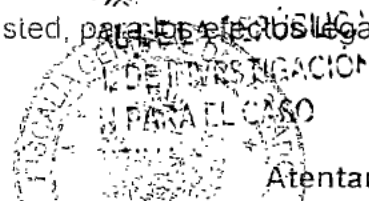
deceso:

Muerte:

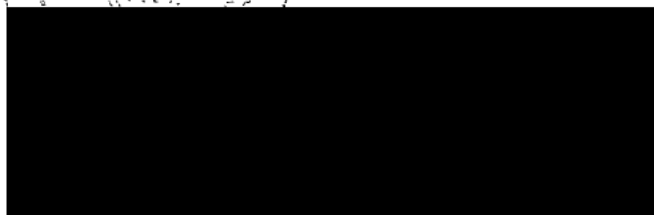
se dictaminó:

denunciación: PANTALEÓN MUNICIPAL

comunico a Usted, para los efectos legales correspondientes a que haya lugar.



Atentamente



del Distrito Judicial de HIDALGO.

Lic



EN COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLSKS WAGEN

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

122

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA NO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

NOMBRES: [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]

NOMBRE DE LA CALLE % EXTERIOR E INTERIOR: [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: [REDACTED] INFORMACION: [REDACTED] CREMACION: [REDACTED] 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: [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 PARA LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[REDACTED]

[REDACTED]

FIRMAS

[REDACTED]

DECLARANTE

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 DACTIL

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

INTERESADO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

PANTEON MPAL

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Módulo 2018
FOLIO

123

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 CONSERVAR LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI
DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFOS, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI
LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA
NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]	
2. CURP [Redacted]	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]	7. TALLA Metros [Redacted] Centímetros [Redacted]
8. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	9. 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"/>
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento [Redacted]	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
11. RESIDENCIA HABITUAL (Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) 11.1 Calle y número [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria Incompleta <input type="radio"/> Secundaria Incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> 10 13.1 Trabajaba S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. 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"/> 5 IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE 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"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimiento de Salud (CUES) [Redacted] 15.3 Trabajo S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 10 15.4 Lugar Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.3 Localidad [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote las siete causas en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTES I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: [Redacted] Causas antecedentes: Estados morbosos, padecimientos, que produjeron la causa consignada arriba, mencionados en último lugar: [Redacted] PARTES II Otras etiologías patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado morbooso que la produjo: [Redacted]	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si el fallecimiento ocurrió durante el embarazo, parto o puerperio? El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 2 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> 2 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> 2	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un accidente Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 23.3 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 (labor, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 8 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? [Redacted]	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [Redacted] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión [Redacted] 23.7 Sitio en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]	
24. NOMBRE DEL INF. [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]	
25. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) [Redacted]	
26. 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"/> 5 27. [Redacted] ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]	
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted] 28. TELÉFONO [Redacted]	
29. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE [Redacted] 29.1 ¿LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA [Redacted] 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	

YA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL
ACTA DE DEFUNCION
CLAVE LAMCA DE REGISTRO DE POBLACION

ESTADO: GUERRERO
MUNICIPIO: [REDACTED]
LOCALIDAD: [REDACTED]
ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO
SEXO: HOMBRE [] MUJER []

NOMBRE: [REDACTED]
NOMBRES [] (PRIMER APELLIDO) [] (SEGUNDO APELLIDO) []

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: 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]

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 [] EMACION [] 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 A [REDACTED]
PRESENTO REQUISITOS.

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA A LA PRESENCIA DE [REDACTED]
EL C. OFICIAL No. [REDACTED]
LIC. [REDACTED]

RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES SON [REDACTED]
HUELLA DIGITAL

GUERRERO
REGISTRO CIVIL

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

125

ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL), AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO
 FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS CONSERVAREMOS LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI
 LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO 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(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Muje <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	2. CURP _____		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____	
	7. TALLA Metros _____ Centímetros _____		8. F. _____		9. 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"/>	
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento. _____		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
	11. RESIDENCIA HABITUAL (Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) 11.1 Calle y número _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Localidad _____ 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____					
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
	14. 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"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación _____			
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE 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 Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>		15.1 Nombre de la unidad médica _____		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____	
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____					
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		18. ¿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"/>		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
DE LA DEFUNCIÓN	20. 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) 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				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Uso exclusivo de personal calificado _____ Código CIE _____	
	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 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"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.3 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 servicios <input type="radio"/>		23.4 ¿Qué parentesco 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"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____ _____ _____			
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____					
	24. NOMBRE _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____			25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
	26. CERTIFICADA POR Médico tratant <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"/>		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO _____ Número de la cédula profesional _____			
DEL CERTIFICANTE	28. NOMBRE _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		29. TELÉFONO _____			
	30. DOMICILIO _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		31. FIRMA _____ _____ _____		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN _____ Mes _____ Año _____	
	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Art. 1º Frac. v, vi Motivación 1 _____ Libro Núm. _____		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ LFTAI P Motivación 2 _____			

ENTREGUE DE DEFUNC

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

126



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____
 NOMBRE(S) _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO) _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ ANOS _____ MESES _____ DIAS _____ 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 CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) _____
 B) B) _____
 C) C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

PARA EL CASO TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANEXAS QUE SE INDICAN EN EL PRESENTE REQUISITOS.

TESTIGO

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA EN LA PRESENCIA DE LOS INTERESADOS Y EL INTERVENIENTE.

RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES ESTAN EN LA ACTA CON SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. _____ LIC. _____



GUERRERO
 POR INTERES A TODOS
 C. P. R. E. N. C. I. O
 C. P. R. E. N. C. I. O

127



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
UNIDAD DE INTEGRAL 2

CARPETA DE INVESTIGACIÓN :



OFICIO NÚM.: 3768

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL.

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO; (30) TREINTA DÍAS(S) DEL MES DE
MARZO DEL DOS MIL DIECISEIS

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
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]
[REDACTED] DE QUIEN INFORMO LO SIGUIENTE:

NOMBRE [REDACTED]

EDAD [REDACTED] AÑOS

OCCUPACION [REDACTED]

DOMICILIO [REDACTED]

PADRES [REDACTED]

NACIONALIDAD [REDACTED]

ESTADO CIVIL [REDACTED]

ORIGINARIO [REDACTED]

INSTRUCCIÓN [REDACTED]

LUGAR DEL DECESO [REDACTED]

FECHA DEL DECESO [REDACTED]

[REDACTED]

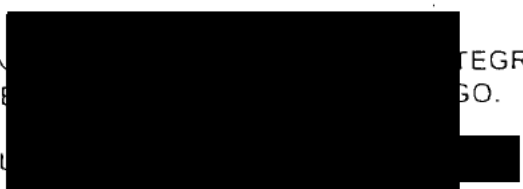
MEDICO QUE DICTAMINÓ [REDACTED]

LUGAR DE INHUMACIÓN: [REDACTED]

LO QUE LE NOTIFICO A USTED, PARA LOS EFECTOS LÉGALES CORRESPONDIENTES A
QUE [REDACTED]



ZONA NORTE
OFICIO JUD. DE HIDALGO



UNIDAD DE INTEGRAL 2
OFICIO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

... MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLSKSWAGEN

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación-2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

128



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	
LIBRO	ACTA No.	LOCALIDAD
MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____
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 CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
 B) _____
 C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

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

FIRMAS

DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICARON EN PRESENCIA DE LOS INTERESADOS Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. _____ DEL LIC. _____



GUERRERO
HISTORICAMENTE A TODOS

Art. 10
Frac. VII
LFTAIP
Motivación 1

INTERESADO

LFTAIP
Motivación 2



CAP [redacted]

SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2018
FOLIO [redacted]

129

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [redacted] Apellido paterno [redacted] Apellido materno [redacted]		
	2. CURP [redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	4. NACIMIENTO Médico [redacted] Día [redacted] Mes [redacted] Año [redacted] Se ignora <input type="radio"/>		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	6. PESO Kilogramos [redacted] Gramos [redacted]		7. TALLA Metros [redacted] Centímetros [redacted]
	8. FECHA DE NACIMIENTO Día [redacted] Mes [redacted] Año [redacted]		
	9. 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"/>		
	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorcedo(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	11. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número [redacted] 11.2 Colonia [redacted] 11.3 Localidad [redacted] 11.4 Municipio o delegación [redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [redacted]		
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN PROFESIONAL [redacted] Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Trabajaba [redacted] No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> OMS <input type="radio"/> OMS Oportunidades <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación [redacted]
15. SITIO DE OCURRENCIA DE 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"/> Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> 15.1 Nombre de la unidad médica [redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [redacted] 15.3 Estado federativo [redacted]			
DE LA DEFUNCIÓN	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [redacted] 16.2 Colonia [redacted] 16.3 Localidad [redacted] 16.4 Municipio o delegación [redacted] 16.5 Entidad federativa [redacted]		
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [redacted] Mes [redacted] Año [redacted] Hora [redacted] Minuto [redacted]		18. ¿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"/>
	19. ¿SE PRACTICÓ NECESARIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	20. 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] 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 morbosos que la produjo [redacted]		
	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 34 AÑOS 22.1 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"/>		22.2 ¿Las causas anatómicas especificadas en el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [redacted]		
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> homicidio <input type="radio"/> suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (edificio, apartamento, 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"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Área comercial de edificios <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.4 ¿Cuál parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? [redacted]		
	23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [redacted] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [redacted] 23.7 Sólo en caso de accidente, añote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [redacted] 23.7.2 Colonia [redacted] 23.7.3 Localidad [redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [redacted] 23.7.5 Entidad federativa [redacted]		
	24. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) [redacted] Apellido paterno [redacted] Apellido materno [redacted]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [redacted]
	26. 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"/>		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [redacted]
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) [redacted] Apellido paterno [redacted]		29. TELÉFONO [redacted]	
30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE Calle y número [redacted] Colonia [redacted] Localidad [redacted] Municipio o delegación [redacted] Entidad federativa [redacted]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [redacted] Mes [redacted] Año [redacted]	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [redacted] Libro Núm. [redacted] 33.1 Acta Núm. [redacted]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [redacted] 34.2 Municipio o delegación [redacted] 34.3 Entidad federativa [redacted] 34.4 Día [redacted] Mes [redacted] Año [redacted]	

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

ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN SU ARTÍCULO 16. ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN SU ARTÍCULO 16.

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



130

SOLICITUD DE PERMISO PARA EMBALSAMAMIENTO DE CADÁVERES HUMANOS

México, D.F., a 20 de **FEBRERO** de 2016

Hora: 08:53

Con fundamento en el Artículo 375 Fracción V de la Ley General de Salud y en los Artículos 100 Fracción V, 105, 106 y 107 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres Humanos, solicito a la oficina de trámites funerarios, autorización para embalsamar el cadáver de mi [REDACTED] quien en vida llevó el nombre de [REDACTED] y que se realizara en la embalsamadora [REDACTED] antes de las 12 horas () después de las 12 horas () posteriores a la hora de su fallecimiento, ya que es deseo de la familia se le

**PANTEON MUNICIPAL DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
DEL EDO. DE GUERRERO**

ATENTAMENTE

Ciudad de México
Secretaría de Salud
Servicios de Salud Pública del D. F.
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS PRIORITARIOS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS
TRÁMITES FUNERARIOS

SAN ANGEL MEMORIAL SERVICIOS FUNERARIOS

ESPACHADO

FIRMA

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN

PARA EL CASO

TINAPA

PARA USO EXCLUSIVO DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN CIUDADANA DE TRÁMITES FUNERARIOS

Número de Folio [REDACTED]
Siendo las 08:53 horas del 20 de **FEBRERO** de 2016 se autoriza el embalsamamiento del cadáver arriba mencionado en la embalsamadora señalada, que será supervisado por el dr. [REDACTED]

RESPONSABLE DE TRÁMITES FUNERARIOS



Fecha: 20/02/2016

Xocongo 225 - Planta baja- Colonia: Tránsito
Hora: 08:58
C.P. 06820 - Delegación Cuauhtémoc
Tel. 51 32 12 36

df.gob.mx
salud.df.gob.mx

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

Forma 2018
FOLIO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			
2. SEXO	3. EDAD	4. NACIONALIDAD	
5. HABLABA ALGUNAS LENGUAS INDÍGENAS?	6. PESO	7. TALLA	8. PROBLEMA DE VISIONES
9. EDAD COMPLETA			
10. ESTADO CONYUGAL			
11. ESCOLARIDAD			
12. ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE			
13. INFORMACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			
14. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN			
15. TIPO DE DEFUNCIÓN			
16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN			
17. TIPO DE DEFUNCIÓN			
18. TIPO DE DEFUNCIÓN			
19. TIPO DE DEFUNCIÓN			
20. TIPO DE DEFUNCIÓN			
21. TIPO DE DEFUNCIÓN			
22. TIPO DE DEFUNCIÓN			
23. TIPO DE DEFUNCIÓN			
24. TIPO DE DEFUNCIÓN			
25. TIPO DE DEFUNCIÓN			
26. TIPO DE DEFUNCIÓN			
27. TIPO DE DEFUNCIÓN			
28. TIPO DE DEFUNCIÓN			
29. TIPO DE DEFUNCIÓN			
30. TIPO DE DEFUNCIÓN			
31. TIPO DE DEFUNCIÓN			
32. TIPO DE DEFUNCIÓN			
33. TIPO DE DEFUNCIÓN			
34. TIPO DE DEFUNCIÓN			
35. TIPO DE DEFUNCIÓN			
36. TIPO DE DEFUNCIÓN			
37. TIPO DE DEFUNCIÓN			
38. TIPO DE DEFUNCIÓN			
39. TIPO DE DEFUNCIÓN			
40. TIPO DE DEFUNCIÓN			
41. TIPO DE DEFUNCIÓN			
42. TIPO DE DEFUNCIÓN			
43. TIPO DE DEFUNCIÓN			
44. TIPO DE DEFUNCIÓN			
45. TIPO DE DEFUNCIÓN			
46. TIPO DE DEFUNCIÓN			
47. TIPO DE DEFUNCIÓN			
48. TIPO DE DEFUNCIÓN			
49. TIPO DE DEFUNCIÓN			
50. TIPO DE DEFUNCIÓN			

SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO MEXICANO DE INVESTIGACIONES
MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
EN PATOLOGÍA

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI
EXPEDIDO POR LOS SERVIDORES. ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI
LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA
NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

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

132



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED] (NOMBRE(S)) [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]
FECHA DE HACIMIENTO: [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]

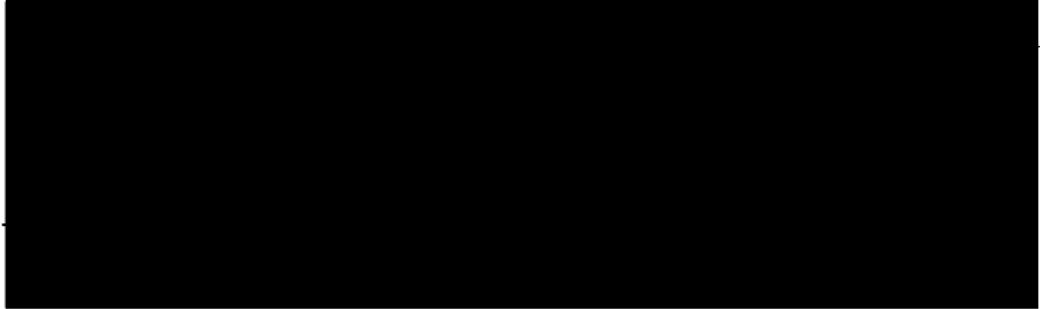
FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION [REDACTED] CREMACION [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: [REDACTED]
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICA LA DEFUNCION: PARA EL CASO [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 INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DORTAL



GUERRERO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

133



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

ESTADO DE GUERRERO

FECHA DE REGISTRO: _____

ACTA No. _____ LOCALIDAD: _____

MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____

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: _____ (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 _____ REMACION _____ NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____ B) _____ C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

HOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

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. _____ DEL R. _____ LIC. _____

GR DEFUNCION 10
 JUNTA Y JUNTOS PODEMOS
 GUERRERO

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

139

LEER LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Apellido paterno		Apellido materno	
2. CURP		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Muje <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. NACIONALIDAD Mexi <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		6. PESO Kilogramos Gramos		7. TALLA Metros Centímetros	
9. 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		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		8. F...	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		11. RESIDENCIA HABITUAL 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)			
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria Incompleta <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13. OC...		13.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PÉMEX <input type="checkbox"/> Unidad médica pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		13.2 Localidad	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa anterior a la muerte. Escribir modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/> d) <input type="checkbox"/> 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. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 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"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicios <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <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"/>	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:			
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión		23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Municipio o delegación			
24. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PAREN...			
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/>		27. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año			
28. NO...		29. TELÉF...			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año			

SE EMITE EL ORIGINAL LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO SE EMITE EN COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI, SE EMITE LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO ESTÁ SUJETA A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

SE EMITE EL ORIGINAL LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO SE EMITE EN COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI, SE EMITE LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO ESTÁ SUJETA A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

Abril

AL DE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

2016

2a. Ampliación Panteón Municipal

Panteon

736

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

ESTADO: GUERRERO
MUNICIPIO: [REDACTED]

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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)

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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] 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: [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] [REDACTED]

DECLARANTE TESTIGO

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

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

EL C. OFICIAL LIC. [REDACTED]

YA

GUERRERO
REGISTRO CIVIL

INTERESADO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

137

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES DEL REVERSE

DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFOS, ÉSTOS CONSERVARÁN LA FOLIA (FOLIOS) PARA LOS MUELTOS QUE ASISTEN LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1 NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2 SEXO		3 SE		4 NACIONALIDAD	
5 ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6 PESO		7 TALLA		8 F. F.	
9. EDAD CUMPLIDA		10. ESTADO CONYUGAL		11. F. F.		12. ESCOLARIDAD	
13. TRABAJABA		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		15. SITIO DE OCURRENCIA		16. D.D.	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (A)	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.1 Fue un presunto		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)?		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión		23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión	
24. N. N.		25. P. P.		26. F. F.		27. SI EL C.	
28. NO		29. NO		30. NO		31. NO	
32. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		35. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	

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



AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
DE LA MUNICIPALIDAD DE SAN ILDEFONSO, OAXACA
2013 - 2014

138

RFC: [REDACTED]

Folio Fiscal: [REDACTED]

COL. [REDACTED]

No. de Serie del Certificado SAT: [REDACTED]

Fecha y Hora de Certificación: [REDACTED]

Régimen: [REDACTED]

Fecha de Expedición: [REDACTED]

Lugar de Expedición: [REDACTED]

Recibo Electrónico [REDACTED]

No. de Certificado CSD
[REDACTED]

Cliente
Dirección
Colonia
Localidad

C. P.
Estado

R.F.C. [REDACTED]

Forma de Pago

Condiciones de Pago

Método de Pago

Número de cuenta de pago

Concepto del Recibo:

SERV. DE MANTTO. DEL PANTEON ANUALMENTE [REDACTED]

Cantidad	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Importe
1.0	LOTE	[REDACTED]	106.97	106.97
	LOTE	[REDACTED]	16.05	16.05
Total				123.02

Importe con Letra:
(CIENTO VEINTITRES PESOS 02/100 M.N.)

SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
JURÍDICA PARA EL CASO
OTZINAPA

Sello digital del CFDI:

Sello del SAT:

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICATE OF DEATH RECORD

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

139

STATE FILE NUMBER [REDACTED] MEDICAL EXAMINER'S CASE NUMBER [REDACTED] DATE ISSUED [REDACTED]

DECEDENT'S LEGAL NAME		SEX	DATE OF DEATH
COUNTY OF DEATH	AGE AT LAST BIRTH-DAY	DATE OF BIRTH	
CITY OR TOWN	HOSPITAL OR OTHER INSTITUTION NAME		
PLACE OF DEATH			
BIRTHPLACE	SOCIAL SECURITY NUMBER	STATUS AT TIME OF DEATH	SURVIVING SPOUSE/CIVIL UNION PARTNER'S MAIDEN NAME EVER IN U.S. ARMED FORCES?
RESIDENCE	APT. NO.	CITY OR TOWN	INSIDE CITY LIMITS?
COUNTY	STATE	ZIP CODE	FATHER/CO-PARENT'S NAME PRIOR TO FIRST MARRIAGE/CIVIL UNION MOTHER/CO-PARENT'S NAME PRIOR TO FIRST MARRIAGE/CIVIL UNION
INFORMANT'S NAME	RELATIONSHIP	MAILING ADDRESS	
METHOD OF DISPOSITION	PLACE OF DISPOSITION	LOCATION - CITY OR TOWN AND STATE	DATE OF DISPOSITION
FUNERAL HOME			
FUNERAL DIRECTOR'S NAME		FUNERAL DIRECTOR'S ILLINOIS LICENSE NUMBER	
LOCAL REGISTRAR'S NAME		DATE FILED WITH LOCAL REGISTRAR	
CAUSE OF DEATH	PART I. [REDACTED]		
IMMEDIATE CAUSE (Final disease or condition resulting in death)	a.	[REDACTED]	
	b.	[REDACTED]	
	c.	[REDACTED]	
Due to (or as a consequence of)			
PART II. Enter other significant conditions contributing to death but not resulting in the underlying cause given in PART I.		WAS AN AUTOPSY PERFORMED?	
		WERE AUTOPSY FINDINGS USED TO COMPLETE CAUSE OF DEATH?	
FEMALE PREGNANCY STATUS		MANNER OF DEATH	
DATE OF INJURY	TIME OF INJURY	PLACE OF INJURY	INJURY AT WORK?
LOCATION OF INJURY			
DESCRIBE HOW INJURY OCCURRED:		IF TRANSPORTATION INJURY, SPECIFY:	
ATTEND THE DECEASED?	DATE LAST SEEN ALIVE	WAS MEDICAL EXAMINER OR CORONER CONTACTED?	DATE PRONOUNCED
CERTIFIER		DATE CERTIFIED	
NAME, ADDRESS AND ZIP CODE OF PERSON COMPLETING CAUSE OF DEATH		PHYSICIAN'S LICENSE NUMBER	

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.



Cook County Clerk

ANY ALTERATION OR ERASURE VOIDS THIS CERTIFICATE

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2







DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 24 del mes Abril del 2016.

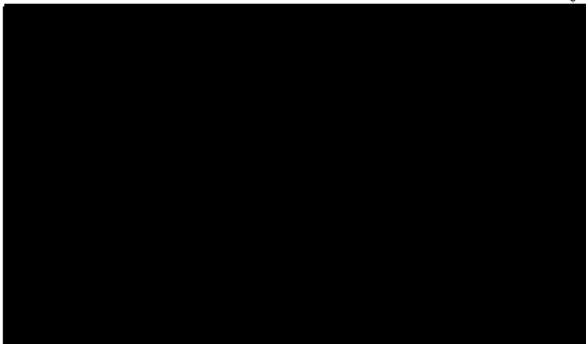
Se autoriza al Sr.  domicilio  tel. no.  respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.


Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
**DIR. DE
PANTEONES**
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

 (733) 33 396 00 Ext. 150

 Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

 presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCIÓN
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION

141

OFICIALIA: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] FINADO: [REDACTED]

SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

HOMBRE: [REDACTED] (NOMBRES) [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DÍAS [REDACTED] HORAS [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) 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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

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

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

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

TIPO DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE ATENDIÓ LA DEFUNCIÓN: [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]

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.

TESTIGO UNIDOS MEXICANOS [REDACTED]

EL C. OF. LIC. [REDACTED]

INTERESADO

YA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
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. LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL REGISTRO CIVIL. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS.

1. NOMBRE		Apellido paterno		Apellido materno	
2. SEXO		3. SEXO		4. NACIONALIDAD	
Hombre <input type="radio"/> 99		Mujer <input type="radio"/> 99		Mexicana <input type="radio"/> 99	
5. ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA	
Se ignora <input type="radio"/> 99		Kilogramos Gramos		Metros Centímetros	
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL		10. 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 menores de un año o más: Años cumplidos		Se ignora <input type="radio"/> 99	
11. RESIDENCIA HABITUAL		12. ESCOLARIDAD		13. TRABAJA	
Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)		Prescolar <input type="radio"/> 12		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	
11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)		13.1 Trabajo	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	
Ninguna <input type="radio"/> 01		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01		16.1 Calle y número	
ISSSTE <input type="radio"/> 03		IMSS <input type="radio"/> 03		16.2 Colonia	
SEDENA <input type="radio"/> 05		PEMEX <input type="radio"/> 05		16.3 Localidad	
Seguro Popular <input type="radio"/> 06		SEMAR <input type="radio"/> 07		16.4 Calle y número	
Otra <input type="radio"/> 08		Unidad médica privada <input type="radio"/> 09		16.5 Entidad federativa	
IMSS <input type="radio"/> 02		Otra unidad pública <input type="radio"/> 08		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	
PEMEX <input type="radio"/> 04		SEMAR <input type="radio"/> 06		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
SEMAR <input type="radio"/> 06		IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 09		Se ignora <input type="radio"/> 99	
14.1 Número de seguridad social o afiliación		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
				Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Código CIE		22.1 Especifique al la muerte ocurrió durante:	
Debido a la enfermedad o lesión		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		El embarazo <input type="radio"/> 01	
Causas antecedentes		Código CIE		El parto <input type="radio"/> 02	
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Código CIE		El puerperio <input type="radio"/> 03	
a) <input type="checkbox"/>		Código CIE		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05	
b) <input type="checkbox"/>		Código CIE		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
c) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
d) <input type="checkbox"/>		Código CIE		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
e) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
f) <input type="checkbox"/>		Código CIE		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
g) <input type="checkbox"/>		Código CIE		23.1 Fue un presunto	
h) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Accidente <input type="radio"/> 01	
i) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Homicidio <input type="radio"/> 02	
j) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Suicidio <input type="radio"/> 03	
k) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Se ignora <input type="radio"/> 09	
l) <input type="checkbox"/>		Código CIE		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	
m) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
n) <input type="checkbox"/>		Código CIE		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
o) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Vivienda particular <input type="radio"/> 00	
p) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Área deportiva <input type="radio"/> 03	
q) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06	
r) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07	
s) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04	
t) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Otro <input type="radio"/> 08	
u) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02	
v) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05	
w) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Se ignora <input type="radio"/> 09	
x) <input type="checkbox"/>		Código CIE		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
y) <input type="checkbox"/>		Código CIE		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número	
z) <input type="checkbox"/>		Código CIE		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión	
aa) <input type="checkbox"/>		Código CIE		23.7 Sólo en caso de accidente, añote el domicilio donde ocurrió la lesión	
ab) <input type="checkbox"/>		Código CIE		23.7.1 Calle y número	
ac) <input type="checkbox"/>		Código CIE		23.7.2 Colonia	
ad) <input type="checkbox"/>		Código CIE		23.7.3 Localidad	
ae) <input type="checkbox"/>		Código CIE		23.7.4 Municipio o delegación	
af) <input type="checkbox"/>		Código CIE		23.7.5 Entidad federativa	
ag) <input type="checkbox"/>		Código CIE		24. NOMBRE	
ah) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Nombre(s)	
ai) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Apellido paterno	
aj) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Apellido materno	
ak) <input type="checkbox"/>		Código CIE		25. CERTIFICADA POR	
al) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Médico tratante <input type="radio"/> 01	
am) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Médico legista <input type="radio"/> 02	
an) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Otro médico <input type="radio"/> 03	
ao) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04	
ap) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Autoridad civil <input type="radio"/> 05	
aq) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Otro <input type="radio"/> 06	
ar) <input type="checkbox"/>		Código CIE		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
as) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Número de la cédula profesional	
at) <input type="checkbox"/>		Código CIE		28. NOMBRE	
au) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Nombre(s)	
av) <input type="checkbox"/>		Código CIE		Apellido paterno	
aw) <input type="checkbox"/>		Código CIE		29. DOMICILIO	
ax) <input type="checkbox"/>		Código CIE		30. TELEFONO	
ay) <input type="checkbox"/>		Código CIE		31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
az) <input type="checkbox"/>		Código CIE		31.1 Localidad	
ba) <input type="checkbox"/>		Código CIE		31.2 Municipio o delegación	
bb) <input type="checkbox"/>		Código CIE		31.3 Entidad federativa	
bc) <input type="checkbox"/>		Código CIE		31.4 Día	
bd) <input type="checkbox"/>		Código CIE		31.5 Mes	
be) <input type="checkbox"/>		Código CIE		31.6 Año	
bf) <input type="checkbox"/>		Código CIE		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	
bg) <input type="checkbox"/>		Código CIE		33.1 Acta Núm.	
bh) <input type="checkbox"/>		Código CIE		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
bi) <input type="checkbox"/>		Código CIE		34.1 Localidad	
bj) <input type="checkbox"/>		Código CIE		34.2 Municipio o delegación	
bk) <input type="checkbox"/>		Código CIE		34.3 Entidad federativa	
bl) <input type="checkbox"/>		Código CIE		34.4 Día	
bm) <input type="checkbox"/>		Código CIE		34.5 Mes	
bn) <input type="checkbox"/>		Código CIE		34.6 Año	

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

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

143



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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]

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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] 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] DE INVESTIGACION [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
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

[REDACTED SIGNATURES]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICARON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HU...

EL C. OFICIAL No. [REDACTED] DEL R. [REDACTED]
LIC. [REDACTED]

YA

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN.

FOLIO

144

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO
ARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI
LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA
NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Apellido paterno		Apellido materno	
3. SEXO		4. NACIONALIDAD		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	
6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO	
9. EDAD CUMPLIDA		10. ESTADO CONYUGAL		11. RESIDENCIA	
12. ESCOLARIDAD		13. ¿TRABAJABA?		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LEYENDA DE LA MUERTE?		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (PARTE I)		19. ¿SE PRACTICÓ NEOPSIA?		20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		22. ¿QUÉ PARENTESCO TENÍA EL PRESUNTO AGRESOR CON EL(LA) FALLECIDO(A)?		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECÍFICAMENTE	
24. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		26. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO?	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		28. TELÉFONO		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
30. FIRMA DEL CERTIFICANTE		31. FIRMA DEL FALLECIDO(A)		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		35. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	

Art. 110
Frac. V. VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Frac. I
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

145

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGAR EL ORIGINAL, LA COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL DEL MUNICIPIO O DELEGACIÓN EN DONDE SE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN. LA COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA COPIA (AZUL) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ESTÁ SUJETA A LA LEY DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. SE DEBE CONSERVAR EN SU ORIGINAL Y EN COPIA (ROSA) EN LA COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ESTÁ SUJETA A LA LEY DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. SE DEBE CONSERVAR EN SU ORIGINAL Y EN COPIA (ROSA) EN LA COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ESTÁ SUJETA A LA LEY DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA. SE DEBE CONSERVAR EN SU ORIGINAL Y EN COPIA (ROSA) EN LA COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
2. CURP _____	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Muje <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> O <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Se ignora <input type="radio"/>	6. PESO _____. _____ Kilogramos Gramos	7. TALLA _____. _____ Metros Centímetros
9. 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. FECHA DE NACIMIENTO _____. _____. _____. Día Mes Año	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorclado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11.4 Municipio o delegación _____		11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
14. 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"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidad <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación _____

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud _____ IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunitada _____ ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>		15.1 Nombre de la unidad médica _____	Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>
16.4 Municipio o delegación _____		16.5 Entidad federativa _____	
16.2 Colonia _____		16.3 Localidad _____	
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"/>		19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN 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 o lesión y la muerte _____. _____. _____. Código CIE _____	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 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"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto _____ Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? _____		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____			23.6 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____		
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión			23.8 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? _____		
23.7.1 Calle y número _____		23.7.2 Colonia _____		23.7.3 Localidad _____	
23.7.4 Municipio o delegación _____			23.7.5 Entidad federativa _____		

DEL INF.

24. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____			25. RELACION CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____. _____. _____. Día Mes Año		
--	--	--	--	--	--

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico _____ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>			27. SE _____. _____. _____. Día Mes Año		
28. NOMBRE _____			29. TELÉFONO _____		

30. DOMICILIO _____			FECHA DE CERTIFICACIÓN _____. _____. _____. Día Mes Año		
---------------------	--	--	--	--	--

Art. 133

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO _____. _____. _____. Día Mes Año		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____		Fracc. I LFTAIP Motivación 2	
---	--	---	--	------------------------------------	--

196



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
 MUNICIPIO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] COMUNIDAD: [REDACTED]
 ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] NOMBRE(S) [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] ANOS [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) [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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] 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 CERTIFICÓ LA DEFUNCION: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] PUBLICA [REDACTED]
 DE INVESTIGACION [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

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
 LIC. [REDACTED]

GUERRERO
 AGUASCALIENTES
 PUEBLA

C. DE INVESTIGACION
 EN EL CASO
 TZINAPATI



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

147



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:

ACTA DE DEFUNCIÓN

Table with columns: OFICIALÍA, LIBRO, ACTA, CRIP, CURP, FECHA DE REGISTRO. Includes fields for LOCALIDAD, MUNICIPIO O DELEGACIÓN, ENTIDAD FEDERATIVA.

DATOS DEL FINADO

Personal information fields: NOMBRE (NOMBRES, PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO), SEXO (MASCULINO, FEMENINO), ESTADO CIVIL, NACIONALIDAD, EDAD, FECHA DE NACIMIENTO, LUGAR DE NACIMIENTO (LOCALIDAD, MUNICIPIO, ENTIDAD FEDERATIVA, PAIS), NOMBRE DEL CÓNYUGE, NOMBRE DEL PADRE, NOMBRE DE LA MADRE, NACIONALIDAD, CURP.

DATOS DEL FALLECIMIENTO

Death details fields: FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN, LUGAR, No. DE CERTIFICADO, DESTINO DEL CADÁVER (INHUMACIÓN, CREMACIÓN), NOMBRE DEL PANTEÓN O CREMATARIO, LUGAR DEL FALLECIMIENTO, CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN, NOMBRE DEL MÉDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN, No. DE CÉDULA PROFESIONAL.

DATOS DEL COMPARECIENTE

Witness information fields: NOMBRE, PARENTESCO, NACIONALIDAD, EDAD.

OBSERVACIONES Ó ANOTACIONES REGISTRADAS:

SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN, EN CUMPLIMIENTO AL ARTÍCULO 302 DEL CÓDIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO, EN LA CIUDAD DE GUERRERO, GUERRERO, A LOS [] DE [] DEL AÑO 2016, DOY FE.






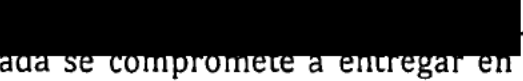
INSTITUCIONAL
INDEPENDENCIA, GRO
LÍNEA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
5-2018

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

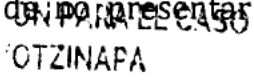
Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Nº 

Iguala de la independencia, Gro., a 17 del mes Abril del 2016

Se autoriza al C.  con domicilio  tel. no.  inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.


Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho. 


Con fecha límite de: dos días hábiles.


Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

 (733) 33 396 00 Ext. 150

 presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

 Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

PANTEONES

144

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCIÓN
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] FINADO: [REDACTED]

SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] (NOMBRE) [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DÍAS [REDACTED] HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAÍS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAÍS) 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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] 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: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCIÓN: [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]

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



EL C. OFICIAL No. [REDACTED] LIC. [REDACTED]

SECRETARIA DE SALUD

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2014
FOLIO

150

ANTES DE LLENAR 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. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SERVICIOS, ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) EN SU ENTREGA. EL MES DE LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO 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(A) Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
2. CURP	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 99 Mujer <input type="radio"/> 9	4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 99
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9	6. PESO Kilogramos Gramos	7. TALLA Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	9. 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	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Vuelto(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9
11. Domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Calle Colonia Localidad Municipio o delegación Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> 2 Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="checkbox"/> 11 Profesional <input type="checkbox"/> 7 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		13. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="checkbox"/> 99
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDEIA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDEIA <input type="checkbox"/> 5 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) 15.3 Localidad 15.4 Colonia 15.5 Entidad federativa		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Calle Colonia Localidad Municipio o delegación Entidad federativa		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos		
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9
20. 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 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. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 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		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.3 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 y obra) <input type="radio"/> 8 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa		
DEL INF.		
24. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil <input type="checkbox"/> 5 Otro <input type="checkbox"/> 6		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional
28. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		29. TELÉFONO
30. DOMICILIO Calle Colonia Localidad Municipio o delegación Entidad federativa		FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año
DEL REG. CIVIL		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Num. Libro Num.		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año
33.1 Acta Num.		

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

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

151



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	
FINADO		
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	CUEVAS
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NACIONALIDAD:
LUGAR DE NACIMIENTO:	(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)	
DOMICILIO HABITUAL:	(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)	ESTADO CIVIL:
NOMBRE DEL CONYUGE	NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE	NACIONALIDAD:	
NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD:	
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:	
LUGAR:	CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER:	INUMACION REMACION	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO:
UBICACION:	ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIO:		
CAUSAS DE LA MUERTE:		
TIPO DE DEFUNCION:	INVESTIGACION	
NOMBRE DEL MEDICO QUE PREPUSO LA LESION:	PARA EL CASO	
NO. DE CEDULA PROFESIONAL		
DOMICILIO:		
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		

GUERRERO

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

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 LIC. [Redacted]

Art. 113
Fracc. V
LFTAI
Motivacion 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAI
Motivacion 2

INTERESADO



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016
FOLIO

152

ANTES DE LLENAR [REDACTED] ES EN EL REVERSO [REDACTED]

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]	
2. CURP [REDACTED]	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Muje <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. NACIONALIDAD Mexican <input type="radio"/> [REDACTED] Se ignora <input type="radio"/>	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
6. PESO [REDACTED] Kilogramos Gramos	7. TALLA [REDACTED] Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO [REDACTED] Día Mes Año	9. 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
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [REDACTED]	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(s) <input type="radio"/> Vido(s) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
11. RESIDENCIA PERMANENTE DONDE SE ENCONTRABA AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN [REDACTED] Colonia [REDACTED] Localidad [REDACTED] [REDACTED] Municipio o delegación [REDACTED] Entidad federativa [REDACTED]	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	13. OCUPACIÓN HABITUAL [REDACTED] Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Trabajaba [REDACTED] Se ignora <input type="radio"/>
14. 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"/> IMSS <input type="radio"/> PEME <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	14.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]
15. SITIO DE OCURRENCIA DE 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 Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>	15.1 Nombre de la unidad médica: [REDACTED] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [REDACTED]
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN [REDACTED] Localidad [REDACTED] [REDACTED] Municipio o delegación [REDACTED] Entidad federativa [REDACTED]	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED] Horas [REDACTED] Minutos [REDACTED]	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD QUE LE LLEVO A LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa principal, evite señalar modos de morir: ejemplo: parú cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [REDACTED] Código CIE [REDACTED] b) [REDACTED] Código CIE [REDACTED] c) [REDACTED] Código CIE [REDACTED] d) [REDACTED] Código CIE [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] PARA EL CASO [REDACTED] ZINAPALA	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 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"/>	
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
23.3 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 <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <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"/>	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? [REDACTED]	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [REDACTED]	
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [REDACTED]	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [REDACTED] 23.7.2 Colonia [REDACTED] 23.7.3 Localidad [REDACTED] 23.7.4 Municipio o delegación [REDACTED] 23.7.5 Entidad federativa [REDACTED]	
24. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]	25. RAZA O ETNIA DEL(A) FALLECIDO(A) [REDACTED]
26. 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"/>	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [REDACTED]
28. NOMBRE [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]	29. TELÉFONO [REDACTED]
30. DOMICILIO [REDACTED]	31. FIRMA [REDACTED]
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA DE REGISTRO CIVIL 11 [REDACTED] Acta Núm. [REDACTED]	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [REDACTED] Delegación [REDACTED] Entidad federativa [REDACTED] Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]

REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO ES ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) DEBE ENTREGARSE AL INEGI AN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VICENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD
Motivación 1 Motivación 2

Mayo

2016



2a. Ampliación
Panteón Municipal

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 30 del mes MAYO del 2016.

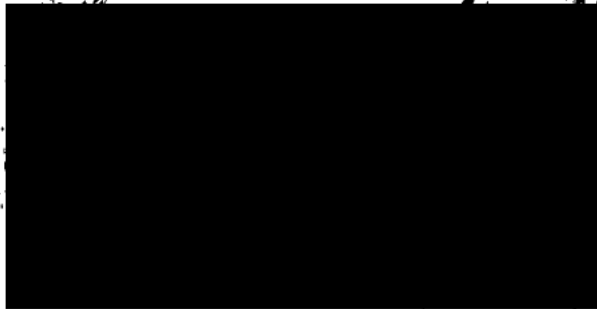
Se autoriza al C. [REDACTED] con domicilio en [REDACTED] tel. no. [REDACTED] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.


Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
DIRECCION DE PANTEONES
DIRECCION DE PANTEONES
15 - 2018

(733) 33 396 00 Ext. 150

residencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

 **Palacio Municipal**
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

155

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. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA EL REGISTRO CIVIL. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO 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		
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno
	2. CURP		3. SEXO
	Se ignora <input type="radio"/> 99		Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09
	4. NACIONALIDAD		
	México <input type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		
	5. ZADICATA (ALGUNAS LENGUAS INDÍGENAS)	6. PESO	7. TALLA
	Se ignora <input type="radio"/> 09	Kilogramos Gramos	Metros Centímetros
	8. FECHA DE NACIMIENTO		
	Día Mes Año		
DE LA DEFUNCIÓN	9. 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	Para menores de un mes	Para personas de un año o más
	Meses	Años	Mos cumplidos
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		
	10. ESTADO CONYUGAL		
	En unión libre <input type="radio"/> 01	Separado(a) <input type="radio"/> 02	Divorcado(a) <input type="radio"/> 03
	Vudo(a) <input type="radio"/> 04	Soltero(a) <input type="radio"/> 05	Casado(a) <input type="radio"/> 06
	Se ignora <input type="radio"/> 09		
11. RESIDENCIA HABITUAL (Anotar el domicilio permanente)			
12. ESCOLARIDAD			
Ninguna <input type="radio"/> 01	Primaria incompleta <input type="radio"/> 02	Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04	
Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11	Profesional <input type="radio"/> 07	Se ignora <input type="radio"/> 09	
Preescolar <input type="radio"/> 02	Primaria completa <input type="radio"/> 03	Secundaria completa <input type="radio"/> 05	
Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 08	Posgrado <input type="radio"/> 10		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			
Ninguna <input type="radio"/> 01	ISSSTE <input type="radio"/> 03	SEDENA <input type="radio"/> 05	
Seguro Popular <input type="radio"/> 06	Otra <input type="radio"/> 08	Se ignora <input type="radio"/> 09	
IMSS <input type="radio"/> 02	PEMEX <input type="radio"/> 04	SENIAR <input type="radio"/> 07	
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 09			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN			
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01	IMSS <input type="radio"/> 03	PEMEX <input type="radio"/> 05	
SEMAR <input type="radio"/> 07	Unidad médica privada <input type="radio"/> 09	Vía pública <input type="radio"/> 02	
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02	ISSSTE <input type="radio"/> 04	SEDENA <input type="radio"/> 06	
Otra unidad pública <input type="radio"/> 08		Hogar <input type="radio"/> 04	
		Se ignora <input type="radio"/> 09	
16. DOMICINIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN			
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIONES DE LA MUERTE?			
Se ignora <input type="radio"/> 09			
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
Se ignora <input type="radio"/> 09			
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada región. Ente 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	
a)		Código CIE	
b)	Causas antecedentes		
c)	Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		
d)			
PARTE II	Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS			
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
El embarazo <input type="radio"/> 01	El parto <input type="radio"/> 02	El puerperio <input type="radio"/> 03	
No estuvo embarazada en los 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04	No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05	Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	Causa básica de defunción	
Código CIE			
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			
23.1 Fue un presunto	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
Accidente <input type="radio"/> 01	Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	Vivienda particular <input type="radio"/> 01	
Suicidio <input type="radio"/> 03	Se ignora <input type="radio"/> 09	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01	
		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02	
		Área deportiva <input type="radio"/> 03	
		Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04	
		Área comercial de servicios <input type="radio"/> 05	
		Otro <input type="radio"/> 08	
		Se ignora <input type="radio"/> 09	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el número de expediente:			
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión.			
23.7 Sólo en caso de accidente, suicidio o homicidio que ocurra la lesión			
23.7.1 Calle y número	23.7.2 Colonia	23.7.3 Localidad	
23.7.4 Municipio o delegación	23.7.5 Entidad federativa		
24. NOMBRE			
Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
26. CERTIFICADA POR			
Médico tratante <input type="radio"/> 01	Médico legista <input type="radio"/> 02	Otro médico <input type="radio"/> 03	
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04	Autoridad civil <input type="radio"/> 05	Otra profesional <input type="radio"/> 06	
28. NOMBRE			
Nombre(s)	Apellido	Apellido materno	
30. DOMICINIO			
Calle y número	Colonia	Localidad	
Municipio o delegación	Entidad federativa	Día Mes Año	
32. FECHA DE REGISTRO			
Día	Mes	Año	
DEL REG. CIVIL			
OFICIALÍA O JUZGADO	34.1 Localidad	34.2 Municipio o delegación	
Num. _____ Libro Núm. _____	34.3 Entidad federativa	34.4 Día Mes	
33.1 Acta Núm. _____			

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



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

756

CONTENIDO DEL LEVANTAMIENTO DE LA DEFUNCIÓN EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. EL ORIGINAL DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SERVICIOS DE REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
2. CURP		Se ignora <input type="radio"/>		3. SEXO		4. NACIONALIDAD	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO	
9. EDAD CUMPLIDA		10. ESTADO CONYUGAL		11. DIRECCIÓN DOMICILIAR		12. ESCOLARIDAD	
13. TRABAJO		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	
17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		20. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		22. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON APLICACIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO?		23. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS COMPLICARON EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO?		24. NOMBRE DEL CERTIFICANTE	
25. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		26. CERTIFICADA POR		27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		28. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE	
29. TELÉFONO		30. DOMICILIO		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		35. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		36. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	

ROSA COMON



ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REVISAR EN EL REVERSO DE ESTE ORIGINAL LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.

UNIDAD DE INTEGRAL 2

CARPETA DE INVESTIGACIÓN :

OFICIO NÚM.: 5464

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (5) CINCO DIA(S) DEL MES DE MAYO DEL DOS MIL DIECISEIS

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] QUIEN INFORMÓ LO SIGUIENTE

NOMBRE: [REDACTED]

SEXO: [REDACTED]

OCCUPACIÓN: [REDACTED]

EDUCACIÓN: [REDACTED]

PADRES: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

ORIGENARIO: [REDACTED]

INSTRUCCIÓN: [REDACTED]

LUGAR DEL DECESO: [REDACTED]

FECHA DEL DECESO: [REDACTED]

CAUSA DE MUERTE: [REDACTED]
"ZINAPA"

LUGAR DE INHUMACIÓN: PANTEÓN MUNICIPAL DE ESTA CIUDAD DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.

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

[REDACTED] INTEGRAL 2
GO.

ESTO ILUSTRADO
[REDACTED]

H. COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLKSWAGEN



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR, LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

158

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL DEFUNTO HABÍA SIDO REGISTRADO EN EL REGISTRO CIVIL, ENTREGUE LA 1ª COPIA (ROSA) PARA OBTENER LA COPIA DE LA ACTA DE DEFUNCIÓN. ESTOS DOCUMENTOS DEBEN CONSERVARSE EN LA COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL REGISTRO CIVIL. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO 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(A) Nombre: _____ Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____	
	2. CURP: _____	3. SEXO: Hombre <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99 / Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99
	4. NACIONALIDAD: Mexicana <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99
	6. PESO: _____ Kilogramos Gramos	7. TALLA: _____ Metros Centímetros
DE LA DEFUNCIÓN	8. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora: _____ Horas; 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	
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____	
	10. ESTADO CONYUGAL: En unión libre <input type="checkbox"/> 04 / Separado(a) <input type="checkbox"/> 05 / Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 03 / Vuido(a) <input type="checkbox"/> 02 / Soltero(a) <input type="checkbox"/> 01 / Casado(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
	11.2 Ciudad: _____ 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): _____	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	12. ESCOLARIDAD: Ninguna <input type="checkbox"/> 01 / Primaria incompleta <input type="checkbox"/> 02 / Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> 04 / Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="checkbox"/> 07 / Profesional <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99 / Primaria completa <input type="checkbox"/> 12 / Secundaria completa <input type="checkbox"/> 03 / Bachillerato o preparatoria completa <input type="checkbox"/> 05 / Postgrado <input type="checkbox"/> 10 / 13.1 Trabajaba: _____ Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna <input type="checkbox"/> 01 / ISSSTE <input type="checkbox"/> 03 / SEDENA <input type="checkbox"/> 05 / Seguro Popular <input type="checkbox"/> 08 / IMSS <input type="checkbox"/> 02 / PEMEX <input type="checkbox"/> 04 / SEMAR <input type="checkbox"/> 06 / IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 01 / IMSS <input type="checkbox"/> 03 / PEMEX <input type="checkbox"/> 05 / SEMAR <input type="checkbox"/> 07 / Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 09 / IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> 02 / ISSSTE <input type="checkbox"/> 04 / SEDENA <input type="checkbox"/> 06 / Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 08 / 15.1 Nombre de la unidad médica: _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____	
	16.4 Municipio o delegación: _____ 16.2 Colonia: _____ 16.3 Localidad: _____ 16.5 Entidad federativa: _____	
DEL REG. CIVIL	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Horas: _____ Minutos: _____	
	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
	20. 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) _____ PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo _____ 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN (Código CIE): _____ 22.1 Si la defunción ocurrió en una mujer de 10 a 34 años: ¿Embarazo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Parto? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Embarazada en los 43 días a 11 meses después del parto o aborto? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Embarazada en los 43 días a 11 meses previos a la muerte? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 23.1 Si la muerte fue accidental o violenta, especifique: Accidente <input type="checkbox"/> 01 / Suicidio <input type="checkbox"/> 03 / Violencia <input type="checkbox"/> 02 / 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 23.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="checkbox"/> 00 / Área deportiva <input type="checkbox"/> 03 / Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 04 / Área comunal o de servicios <input type="checkbox"/> 05 / Escuela o oficina <input type="checkbox"/> 02 / 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> 06 / Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> 07 / Otro <input type="checkbox"/> 08 / Se ignora <input type="checkbox"/> 09 / 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión: _____ 23.7 Si se trata de un caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número: _____ 23.7.2 Colonia: _____ 23.7.3 Localidad: _____ 23.7.4 Municipio o delegación: _____ 23.7.5 Entidad federativa: _____	
DEL CERTIFICANTE	24. NOMBRE DEL INFANTE: Nombre(s): _____ Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____	
	25. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A): _____	
	26. CERTIFICADA POR: Médico <input type="checkbox"/> 01 / Médico legista <input type="checkbox"/> 02 / Otro médico <input type="checkbox"/> 03 / Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 04 / Autoridad civil <input type="checkbox"/> 05 / Otro <input type="checkbox"/> 99 / 27. Si el certificante es médico: Nombre de la Médula profesional: _____	
	28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE: Nombre: _____ Apellido paterno: _____ 29. TELÉFONO: _____ 30. _____ 31. FIRMA: _____ 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día: _____ Mes: _____ Año: _____	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO: Núm. _____ Libro Núm. _____ 34.1 Localidad: _____ 33.1 Acta Núm. _____ 34.2 Municipio o delegación: _____ 34.3 Entidad federativa: _____ 34.4 Día: _____ Mes: _____ Año: _____		

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

INTERESADO

159

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
(NUMERO DE LA CALLE, 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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] 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: [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]

DE INVESTIGACIÓN

LA PRESENTE ACTA DE INVESTIGACIÓN CUMPLE CON LOS SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS PARA EL CASO

[REDACTED]

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

EL C. LIC. [REDACTED]

OFICIALIA DE REGISTRO CIVIL
2015-2016

INTERESADO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 01 del mes Mayo del 2016.

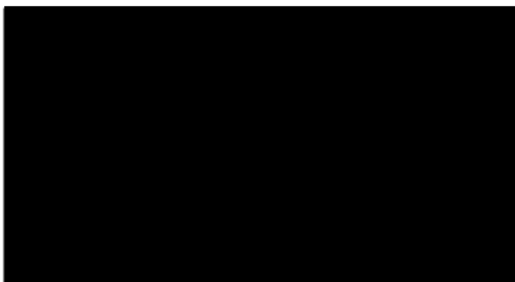
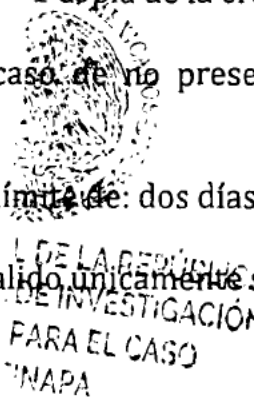
Se autoriza al C. [redacted] con domicilio [redacted] tel. no. [redacted] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso válido únicamente sábado, domingo y días festivos.



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
**DIR. DE
PANTEONES**
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Nº

Iguala de la independencia, Gro., a 6 del mes Mayo del 2016

Se autoriza al C. [REDACTED]
domicilio [REDACTED]
tel. no. [REDACTED] a inhumación de la persona que en vida respondió
al nombre de [REDACTED]. La
persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin
tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso válido únicamente sábado, domingo y días festivos.

AL DE INVESTIGACIÓN
MUNICIPAL
TIZIAPAPA

AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

162



DIRECCION DE PANTEONES
H. AYUNTAMIENTO
DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.
2015 - 2018

"2016, Año de Elena Garro"

Iguala Gro, a 05 de Mayo de 2016.

Se autoriza a la C. [REDACTED] La condonación del pago de Inhumación y Apertura de fosa de la persona que en vida llevo el nombre de: [REDACTED] en el [REDACTED] del Panteón Nuevo Municipal.



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
IGUALA, GRO.
E
ES
9 18
RRULLU



EL DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
MINAPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
UNIDAD DE INTEGRAL 2

CARPETA DE INVESTIGACIÓN [REDACTED]

OFICIO NÚM.: 5418

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (5) CINCO DIA(S) DEL MES DE
MAYO DEL DOS MIL DIECISEIS

OFICINA DEL REGISTRO CIVIL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO
PRESENTE

POR ESTE INTERMIO INFORMO A USUARIOS 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] AÑOS.

OCCUPACIÓN: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

PARENTESCO: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

ORIGINARIO: [REDACTED]

INSTRUCCIÓN: [REDACTED]

LOGAR DEL DELITO: [REDACTED]
[REDACTED] DE INVESTIGACIÓN

FECHA DEL DELITO: [REDACTED]

TIPO DEL DELITO: [REDACTED]

OTROS DATOS: [REDACTED]

LO QUE COMUNICO PARA LOS EFECTOS LEGALES CORRESPONDIENTES A
ESTE INTERMIO.

ATENTAMENTE
[REDACTED] DEL MINISTERIO PÚBLICO INTEGRAL 2
[REDACTED] ALGO.
[REDACTED]

H. COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLKSWAGEN



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Medio 2015
FOLIO

164

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. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL IMECI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]		
2. CURP [REDACTED]	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Señora <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	6. PESO Kilogramos [REDACTED] Gramos [REDACTED]	7. TALLA Metros [REDACTED] Centímetros [REDACTED]
9. 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. FECHA DE NACIMIENTO Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorcedo(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número [REDACTED] 11.2 Colonia [REDACTED] 11.3 Localidad [REDACTED] 11.4 Municipio o delegación [REDACTED] 11.5 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero) [REDACTED]		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
14. 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"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE 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 Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 15.1 Nombre de la unidad médica [REDACTED] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) [REDACTED]		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [REDACTED] 16.2 Colonia [REDACTED] 16.3 Localidad [REDACTED] 16.4 Municipio o delegación [REDACTED] 16.5 Entidad federativa [REDACTED]		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED] Horas [REDACTED] Minutos [REDACTED]		18. ¿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"/>
20. 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 Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED] 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) [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]		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [REDACTED] Código CIE [REDACTED]
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 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 está especificada en los lugares siguientes a la muerte <input type="radio"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron como complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 Descripción de la lesión [REDACTED]		22.3 ¿Las causas anotadas se relacionaron con el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obrero) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [REDACTED] 23.6 Descripción de la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [REDACTED]		
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [REDACTED] 23.7.2 Colonia [REDACTED] 23.7.3 Municipio o delegación [REDACTED]		24. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]
24. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido [REDACTED]		25. NOMBRE DEL MEDICO Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido [REDACTED]
26. 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"/>		27. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido [REDACTED]		29. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad [REDACTED] 34.1 Localidad [REDACTED] 34.2 Municipio o delegación [REDACTED] 34.3 Entidad federativa [REDACTED] 34.4 Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]
30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE Calle y número [REDACTED] Colonia [REDACTED] Localidad [REDACTED] Municipio o delegación [REDACTED] Entidad federativa [REDACTED]		32. FECHA DE REGISTRO Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 33.1 Acta Num. [REDACTED] Libro Num. [REDACTED]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [REDACTED] 34.2 Municipio o delegación [REDACTED] 34.3 Entidad federativa [REDACTED] 34.4 Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]

ESTE CERTIFICADO DEBE SER LLENADO POR EL PERSONAL DEL SEMEFO O DEBE ENTREGARSE AL PERSONAL DEL SEMEFO PARA QUE LO LLENE. ENTREGUE 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

165



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
MUNICIPIO	ACTA No.
LOCALIDAD	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

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: _____ (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

ESTADO CIVIL: _____

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 REMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____ B) _____ C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

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

EL C. OFICIAL N.º DEL E. LIC. _____

L. O. S. O. R. A. N. O.

CONSTITUCIONAD
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRD
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación: 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Junio

2016



2a. Ampliación
Plantel Municipal

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

167



ESTADO: GUERRERO
MUNICIPIO: [REDACTED] CIUDAD: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

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

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] 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: [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]

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
LIC. [REDACTED]



[REDACTED]

Art. 113
Fracción VII
LFTAD
Motivación 1

Art. 113
Fracción I
LFTAD
Motivación 2

GUERRERO
FORO MEDICINA FORENSE

GRUPO 10





SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016
FOLIO

168

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]			
2. CURP [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
6. PESO [Redacted] Kilogramos Gramos		7. TALLA [Redacted] Metros Centímetros	
8. FECHA DEL FALLECIMIENTO [Redacted] Día Mes Año		9. 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"/>	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11. RESIDENCIA HABITUAL (Según el domicilio permanente desde el día del fallecimiento) 11.1 Calle y número [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]			
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria Incompleta <input type="radio"/> Secundaria Incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba S <input checked="" type="radio"/> N <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. 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"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE 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 Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>		15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]	
16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]		18. ¿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. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada ítem. 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] PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo. [Redacted]			
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 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"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
23.3 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"/>		23.4 ¿Qué parentesco 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"/> Se ignora <input type="radio"/>	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]			
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]			
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]			
24. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
26. 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"/>		27. SI EL [Redacted]	
28. [Redacted]			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted] 34.2 Municipio o delegación [Redacted] 34.3 Entidad federativa [Redacted] 34.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	

EN LLEGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA QUE SE EMITA EL ACTA DE DEFUNCIÓN Y SE EMITA EL ACTA DE DEFUNCIÓN PARA ENTREGARLA AL INEGI. EN LLEGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA QUE SE EMITA EL ACTA DE DEFUNCIÓN Y SE EMITA EL ACTA DE DEFUNCIÓN PARA ENTREGARLA AL INEGI. EN LLEGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA QUE SE EMITA EL ACTA DE DEFUNCIÓN Y SE EMITA EL ACTA DE DEFUNCIÓN PARA ENTREGARLA AL INEGI.

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI.

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI.

Art. 113
Fracc. I
LFTAI
Motivación 2

Fracc. V
LFTAI
Motivación 1

169

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	
LIBRO	ACTA No.	LOCALIDAD
MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA
FINADO		
		SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>
NOMBRE:		
	NOMBRE(S)	(PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NACIONALIDAD:
	AÑOS MESES DIAS HORAS	
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 REMACION	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO:	
UBICACION:	ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIO:		
CAUSAS DE LA MUERTE: A)		
B)		
C)		
TIPO DE DEFUNCION:		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:		
DOMICILIO:		
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.		
<p>SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL</p> <p>EL C. OFICIAL N.º _____ LIC. _____</p>		

GUERRA

SECRETARIA DE SALUD



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

INTERESADO

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
Y FOMENTO PARA EL CASO
OTZINAPA



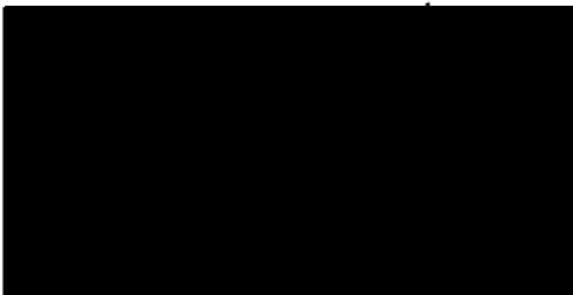
DIRECCION DE PANTEONES
H. AYUNTAMIENTO
DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.
2015 - 2018

"2016, Año de Elena Garro"

Fosa Común

Iguala Gro, a 24 de Junio de 2016.

Se autoriza al C. [redacted] Fosa en Temporalidad para la inhumación de la
persona que en vida llevo el nombre de: [redacted] en la [redacted]
del Panteón Municipal



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRC
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO
ES.

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016
FOLIO

171

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		
2. CURP [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]		7. TALLA Metros [Redacted] Centímetros [Redacted]
8. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		
9. 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="checkbox"/>		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="checkbox"/> Separado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
11. RESIDENCIA HABITUAL 11.1 Calle y número [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>		13.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input checked="" type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] Vía pública <input checked="" type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.3 Localidad [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en esta sección. Evite señalar modos 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) Devido a (o como consecuencia de) [Redacted] PARA EL CASO [Redacted] c) Devido a (o como consecuencia de) [Redacted] [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]		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 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"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input checked="" type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (sala, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicios <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? [Redacted]		
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]		
23.7 Sólo en caso de accidentes, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]		
24. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input checked="" type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]
28. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted]		29. TELÉFONO [Redacted]
30. DOMICILIO [Redacted]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO [Redacted]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted] 34.2 Calle y número [Redacted] 34.3 Entidad federativa [Redacted] 34.4 Día [Redacted] 34.5 Mes [Redacted] 34.6 Año [Redacted]

ENTREGUE EL ORIGINAL A LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. DEL CERTIFICADO SE DEBE CONSERVAR UN EJEMPLAR PARA ENTREGARLA AL REGISTRO CIVIL POR LOS SERVIDORES CONSERVADORES. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU AMBITO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS.



Art. 110 Frac. V LFTAI Motivación 1
 REG. CIVIL
 Motivación 2



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
UNIDAD DE INTEGRAL 1

CARPETA DE INVESTIGACIÓN :

OFICIO NÚM.: 8403

ASUNTO: INFORME AL REGISTRO CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (19) DIECINUEVE DIA(S) DEL MES DE JUNIO DEL DOS MIL DIECISEIS

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] AÑOS.

Ocupación: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Padres: [REDACTED]

Nacionalidad: [REDACTED] AL DE INVESTIGACIÓN

Estado Civil: [REDACTED] ON PARA EL CASO OTZINAPA

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
Ministerio Público de INTEGRAL 1

[REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

DISTRITO SUB. DE INTEGRAL 1
UNIDAD
H. COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLKSWAGEN

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

173



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

ESTADO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED] MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED]

SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CÓNYUGE: [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 [REDACTED] EMACION [REDACTED] 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 CERTIFICÓ 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

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. [REDACTED] DEL LIC. [REDACTED]

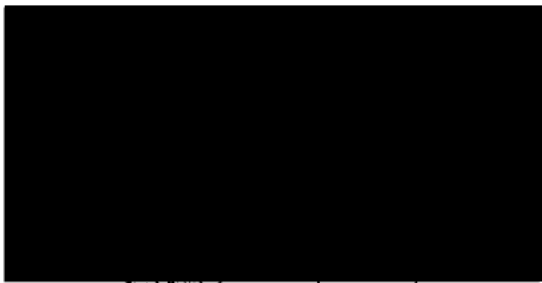


GUERRERO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE INTERIORES

"2016, Año de Elena Garro"

Iguala Gro, a 30 de Junio de 2016.

Se autoriza a la C. [REDACTED] Fosa en Temporalidad para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [REDACTED] en la [REDACTED] del Panteón Municipal



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
STITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
PANTEONES
015 - 2018
PARENCIA Y DESARROLLO

FOSA

COMUN

DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
PARA EL CASO
ENADA

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

175

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. CURP		3. SEXO		4. NACIONALIDAD	
5. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO	
9. EDAD CUMPLIDA		10. ESTADO CIVIL		11. MUNICIPIO O DELEGACIÓN		12. EDUCACIÓN	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15. NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA		16. CLAVE ÚNICA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (CIEES)	
17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una o más)		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO		24. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
25. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE	
29. TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
33. ACTA NÚM.		34.1 LOCALIDAD		34.2 MUNICIPIO O DELEGACIÓN		34.3 ENTIDAD FEDERATIVA	

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



CERTIFICADO DE MUERTE FETAL
(LLENÉSE INDEPENDIEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)

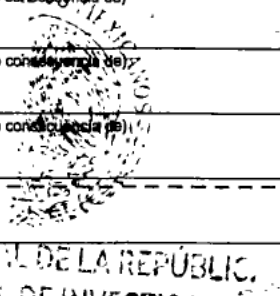
[Redacted]

176

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.

1. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Muje <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		2. EDAD GESTACIONAL Semanas [Redacted]	3. PESO Gramos [Redacted]	4. DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="checkbox"/> Gemela <input type="checkbox"/> Tres o más <input type="checkbox"/>		5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	5.2 Total de consultas recibidas [Redacted]
6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input checked="" type="checkbox"/> Complicado <input type="checkbox"/>		7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input checked="" type="checkbox"/> Durante el parto <input type="checkbox"/>		7.1 Estado de la piel del producto Fresca (Normal) <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/>		8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]	
9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN							
9.1 Calle y número [Redacted]		9.2 Colonia [Redacted]		9.3 Localidad [Redacted]			
9.4 Municipio o delegación [Redacted]				9.5 Entidad federativa [Redacted]			
10. SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN							
Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica pública <input type="checkbox"/>		10.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]		Vía pública <input checked="" type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/>		Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/>		10.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]					
11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico gineco-obstetra <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>				12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ¿ESTE FUE Espontáneo <input checked="" type="checkbox"/> Provocado <input type="checkbox"/> Terapéutico <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Parto vaginal espontáneo <input checked="" type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique [Redacted]				14. VIOLENCIA 14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		14.2 ¿Qué parentesco tiene el presunto agresor con la madre? [Redacted]	
15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL (Anota una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)							
PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte						Especifique si la causa fue:	
a) [Redacted]						MATERNA <input type="checkbox"/> FETAL <input type="checkbox"/>	
b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]						O1 <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/>	
c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]						O1 <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/>	
d) [Redacted]						O1 <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/>	
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 morbozo que la produjo						II.1 <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/>	
[Redacted]						II.2 <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/>	
[Redacted]						[Redacted]	
16. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]							
17. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]							
18. CURP [Redacted]						19. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
20. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		21. EDAD Años [Redacted]		22. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
23. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vive la madre							
23.1 Calle y número [Redacted]		23.2 Colonia [Redacted]		23.3 Localidad [Redacted]			
23.4 Municipio o delegación [Redacted]				23.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]			
24. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="checkbox"/> Profesional <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>						25. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/>	
Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="checkbox"/> Posgrado <input checked="" type="checkbox"/>		25.1 Trabaja actualmente Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>					
26. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>						26.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
27. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE TUVO 27.1 Número de nacidos vivos: [Redacted] 27.2 Número de nacidos muertos: [Redacted]				28. ¿VIVE LA MADRE? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		28.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de defunción: [Redacted]	
29. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]						30. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	


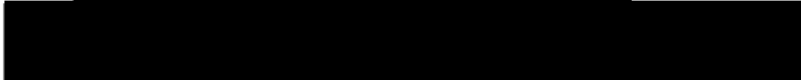
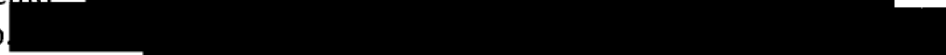



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Nº 

Iguala de la independencia, Gro., a 4 del mes junio del 2016.

Se autoriza  con domicilio  tel. no.  respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en éstas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

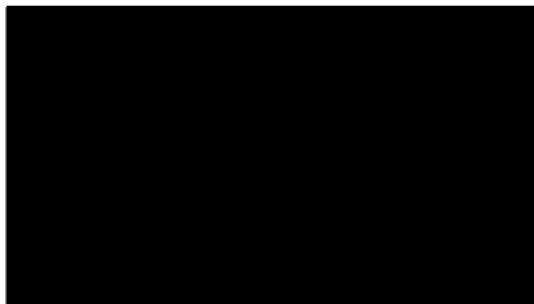
- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN



(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero



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 (VERDE) PARA ENTREGARLA AL INEGI... INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO EN MATERIA DE TRANSICIÓN Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

Form with sections: 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A), 2. CURP, 3. SEXO, 4. NACIONALIDAD, 5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?, 6. PESO, 7. TALLA, 8. FECHA DE NACIMIENTO, 9. EDAD CUMPLIDA, 9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento, 10. ESTADO CONYUGAL, 11. RESIDENCIA HABITUAL, 12. ESCOLARIDAD, 13. OCUPACIÓN HABITUAL, 14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD, 14.1 Número de seguridad social o afiliación, 15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN, 15.1 Nombre de la unidad médica, 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), 16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN, 16.1 Calle y número, 16.2 Colonia, 16.3 Localidad, 16.4 Municipio o delegación, 16.5 Entidad federativa, 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN, 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIONES DE LA MUERTE?, 19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?, 20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón...), 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN, 22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS, 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo, El parto, El puerperio, 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?, 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?, 23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE, 23.1 Fue un presunto, 23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo?, 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión, 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?, 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número, 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión, 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión, 24. NOMBRE, 25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A), 26. CERTIFICADA POR, 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, 28. NOMBRE, 29. TELÉFONO, 30. DOMICILIO, 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN

Art. 110, Facc. V, VI, TAIP, Mot



EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE HIDALGO Y COMO OFICIAL DEL REGISTRO DEL ESTADO FAMILIAR, HAGO SABER A LOS QUE LA PRESENTE VIEREN, Y CERTIFICO QUE EN EL LIBRO NÚMERO [REDACTED] DEL REGISTRO QUE ES A MI CARGO, ALLA FOLIO [REDACTED] SE ENCUENTRAN ASENTADOS LOS DATOS SIGUIENTES:

ACTA DE DEFUNCIÓN

CRIP: [REDACTED]
CURP: [REDACTED]

OFICIALÍA	LIBRO No.	ACTA No. /	LOCALIDAD	FECHA DE REGISTRO
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
MUNICIPIO O DELEGACIÓN			ENTIDAD FEDERATIVA	
[REDACTED]			[REDACTED]	

DATOS DEL FINADO

NOMBRES(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
NACIONALIDAD	SEXO	EDAD DEL FINADO
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
CÓNYUGE	ESTADO CIVIL	
[REDACTED]	[REDACTED]	

DATOS DEL FALLECIMIENTO

FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	LUGAR DE LA DEFUNCIÓN	
[REDACTED]	[REDACTED]	
TIPO DE LA MUERTE	[REDACTED]	
[REDACTED]	[REDACTED]	
NOMBRE DEL CERTIFICANTE	QUÉDULA EN CASO DE SER MÉDICO	CERTIFICADO No.
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

[REDACTED]
 DE LA REPUBLICA
 DE INVESTIGACIÓN
 PARA EL CASO
 EL ESTADO DE HIDALGO, CON SU SEDE EN PACHUCA, HIDALGO.
 PARA

FIRMA ELECTRÓNICA

[REDACTED]

[REDACTED] OFICIAL DEL ESTADO FAMILIAR



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Nº

Iguala de la independencia, Gro., a 19 del mes Junio del 2016.

Se autoriza al C. [REDACTED] con domicilio [REDACTED] tel. no. [REDACTED] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles

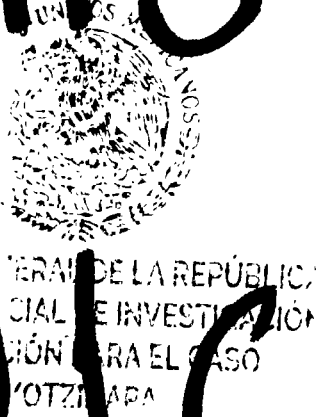
Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Julio
2016



MINISTERIO DE LA REPÚBLICA
Y DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
KOTZIARA

2a. Ampliación Panteón Municipal.

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



582



"2016. Año de Nuevo Sistema de Justicia Penal"

A QUIEN CORRESPONDA:

Por acuerdo del Lic. [REDACTED], Presidente Municipal y con fundamento en el artículo 128, Fracción XI de la Ley Orgánica Municipal, comunico a usted que habiendo reunido los requisitos legales respectivos, se autoriza el traslado de quien en vida llevó por nombre

[REDACTED], quien falleció el [REDACTED]. - Nota: [REDACTED]

Lo anterior para su conocimiento y fines consiguientes.

ATENTAMENTE
 ACÁMBARO, GTO., A 9 DE JULIO DE 2016.
 AL SEÑOR
 LIC. [REDACTED]
 SECRETARÍA
 ACÁMBARO, GTO.

- C. c. p. -Tesorero Municipal. Para su conocimiento y fines consiguientes.
- C. c. p.- Interesado
- C. c. p.- Archivo Municipal

0148



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

FOLIO

183

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO 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		Apellido (paterno)	
	2. CURP		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Señora <input type="radio"/>	
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Señora <input type="radio"/>	
	6. PESO		7. TALLA	
	8. EDAD CUMPLIDA		8. FECHA DE NACIMIENTO	
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL	
	11. RESIDENCIA HABITUAL		13. OCUPACIÓN HABITUAL	
	12. ESCOLARIDAD		13.1 Trabajaba	
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación	
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica	
DE LA DEFUNCIÓN	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN DE LA MUERTE?	
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 64 AÑOS		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
	23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		23.6 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión	
	24. NOMBRE DEL INFANTE		25. PADRESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
	26. CERTIFICADA POR		27. ¿CÓMO OBTUVO EL CERTIFICADO?	
	28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	



Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO ADJUNTO

MODALIDAD DEL TRAMITE

A DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CÉLULAS (INTERNACIÓN O SALIDA DEL TERRITORIO NACIONAL)

B TRASLADO DE CADÁVERES

C INTERNACIÓN O SALIDA DE CADÁVERES O RESTOS ÁRIDOS DEL TERRITORIO NACIONAL

D EXHUMACIÓN PREMATURA

E EXHUMACIÓN

F INHUMACIÓN O INCINERACIÓN DE CADÁVERES SI SE EFECTÚA ANTES DE 12 HORAS O DESPUÉS DE 48 HORAS DE OCURRIDO EL DECESO

LLÉNESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MÁQUINA

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO			R. F. C.
DOMICILIO: CALLE, NÚMERO EXTERIOR		NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD
CÓDIGO POSTAL		DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA
			No. DE LICENCIA SANITARIA
			TELÉFONO (S):

2.- DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO			R. F. C.
DOMICILIO: CALLE, NÚMERO EXTERIOR		NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD
CÓDIGO POSTAL		DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA
			No. DE LICENCIA SANITARIA
			TELÉFONO (S):

3.- DISPOSICIÓN DE CADÁVERES HUMANOS

MODALIDAD SOLICITADA	PROCEDENCIA / DESTINO	ESPECIFICACIÓN
A INTERNACIÓN O SALIDA DEL TERRITORIO NACIONAL DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CÉLULAS	LUGAR DEL DESTINO	
B TRASLADO DE CADÁVERES	LUGAR DEL DESTINO	EMBALSAMADO <input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
C INTERNACIÓN O SALIDA DE CADÁVERES O RESTOS ÁRIDOS	PROCEDENCIA O DESTINO	EMBALSAMADO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
D EXHUMACIÓN PREMATURA	LUGAR DE INHUMACIÓN	MOTIVOS DE LA EXHUMACIÓN Y DESTINO FINAL DE LOS RESTOS
E EXHUMACIÓN	LUGAR DE DESTINO	MOTIVOS DE LA EXHUMACIÓN Y DESTINO FINAL DE LOS RESTOS
F INHUMACIÓN O INCINERACIÓN DE CADÁVERES SI SE EFECTÚA ANTES DE 12 HORAS O DESPUÉS DE 48 HORAS DE OCURRIDO EL DECESO	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	EMBALSAMADO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

4.- DATOS DEL FINADO

NOMBRE (S): APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO: AL DE LA	EDAD: AÑOS
SEXO:	HORA Y FECHA DE LA DEFUNICIÓN:

5.- DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE (S): APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO: T ZINAPPA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	
LUGAR Y FECHA:	FIRMA DEL RESPONSABLE (NOMBRE PARA LA MODALIDAD O SALIDA):

TRÁMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCIÓN TELEFÓNICA A LA CIUDADANÍA (SACTEL) A LOS TELÉFONOS: 5-480-20-00 EN EL D. F. Y ÁREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA MEXICANA PARA EL USUARIO AL: 01800-001-4800, O DESDE ESTADOS UNIDOS O CANADÁ ALDESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ AL: 1888-594-3372, O AL TELÉFONO 5-553-70-90 DE LA SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO, EN LA CIUDAD DE MÉXICO, DISTRITO FEDERAL.

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



El Tributo Perfecto
para su Ser Querido

Funerales
S. del Carmen
"Trato Digno y Respetuoso"

785

CERTIFICADO DE EMBALSAMAMIENTO

Acambaro, Gto. a: 9 de Julio del 20 16.

A quien corresponda:

Presente

DATOS DEL FALLECIDO

Por medio del presente hacemos Constar que el Cadáver de:

[Redacted Name]

Ha sido Embalsamado y Preparado para su Traslado a:

[Redacted Location]

Y que no hay peligro de descomposición en su trayecto y que no murió de Enfermedad Contagiosa

PROCEDIMIENTO DE EMBALSAMAMIENTO

[Redacted Procedure]

[Redacted Procedure]



AL D EMBALSAMAMIENTO
AL DE MEDICO
CED. PE
MEDICINA GENERAL
U.N.A.M U.A.M



DR. [Redacted Signature]

TEL. [Redacted Phone Number]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

186



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
COORDINACIÓN TÉCNICA DEL SISTEMA ESTATAL DEL
REGISTRO CIVIL



EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE GUERRERO Y
COMO COORDINADORA TÉCNICA DEL SISTEMA ESTATAL DEL
REGISTRO CIVIL, CERTIFICO; QUE EN EL ARCHIVO GENERAL
DEL REGISTRO CIVIL, SE ENCUENTRA ASENTADA EL:

ACTA DE DEFUNCION

Table with columns: ACTA, CRIP, CURP, FECHA DE REGISTRO, OFICIALIA, LIBRO, MUNICIPIO, ENTIDAD

DATOS DEL FINADO

Form fields for deceased: NOMBRE, SEXO, EDAD, LUGAR DE NACIMIENTO, NOMBRE DEL CONYUGUE, NOMBRE DEL PADRE, NOMBRE DE LA MADRE

DATOS DEL FALLECIMIENTO

Form fields for death: FECHA DE DEFUNCION, NO. DE CERTIFICADO, NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO, LUGAR DE FALLECIMIENTO, CAUSA(S) DE LA DEFUNCION

DATOS DEL COMPARECIENTE

Form fields for witness: NOMBRE, NACIONALIDAD, PARENTESCO, EDAD

OBSERVACIONES O ANOTACIONES REGISTRADAS

SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACION EN CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO POR LOS ARTICULOS 302 DEL CODIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO Y 11 DE LA LEY QUE REGULA EL USO DE LA FIRMA ELECTRONICA CERTIFICADA EN EL ESTADO DE GUERRERO EN CHILPANCIÑO DE LOS BRAVO, GRO., A 07 DE JULIO DE 2016, DOY FE.



REPUBLICA
CAJERO
IGUALA
INVESTIGACION
EL CASO

Este documento puede ser validado en la direccion de internet
/autoridadcertificadora.guerrero.gob.mx, seccion Verificacion de
documentos con el identificador de documento

PROFRA.
NOMBRE Y FIRMA

87

ACTA DE DEFUNCION

ENTIDAD	DELEGACION	JUZGADO	ACTA	AÑO	CLASE	FECHA DE REGISTRO
█	█	█	█	█	█	█

REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL

F I N A D O

Nombre █ Edad █ AÑO(S) Género █
 Lugar de Nacimiento --- Ocupación █
 Domicilio █
 Estado Civil CASADO(A) - Nació █
 Nombre del Padre -----
 Nombre de la Madre -----

F A L L E C I M I E N T O

El Cuerpo Será █ Orden No. █
 En el -----
 Ubicado en -----
 Fecha de la Defunción █ Hora Defunción █
 Lugar de la Defunción █
 Causa(s) de la Muerte █
 Médico que Certifica █ Cédula Profesional █
 Domicilio del Médico █

D E C L A R A N T E

Nombre █ Edad █ AÑOS
 Parentesco con el Finado █
 Nacionalidad █ MEXICANA DE LA REPUBLICA
 Domicilio █
 PARA EL CASO

ANOTACIONES -
 █

Se dio por terminado el acto y firma la presente en ella intervinieron y saben hacerlo y los que no, imprimen su huella digital. Se cierra el acta que
 █
 JEFES DEL REGISTRO CIVIL

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2



CDMX CIUDAD DE MÉXICO



188

SOLICITUD DE PERMISO PARA EMBALSAMAMIENTO DE CADÁVERES HUMANOS

México; D. F. a 6 de JULIO de 2016

15:49

Hora: _____

Con fundamento en el Artículo 375 fracción V de la Ley General de Salud y en los Artículos 100 fracción V; 105, 106 y 107 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres Humanos, Artículos 110 inciso i, 121 Fr. II, 158, 159, 160 de la Ley de Salud del Distrito Federal, Artículos 5 inciso s, 17 inciso e, del Reglamento de la Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno del Distrito Federal, Artículos 1, 2, 12 y 13 del Reglamento para Agencias de Inhumaciones en el Distrito y Territorios Federales, solicito a la Oficina de Trámites Funerarios, autorización para embalsamar el cadáver de mi _____ quien en vida llevó el nombre de _____ y que se realizará en la embalsamadora _____ antes de las 12 horas (X), después de 12 horas () posteriores a la hora de su fallecimiento, ya que es deseo de la familia se le _____

PANTEON MUNICIPAL DE IGUALA, ESTADO DE GUERRERO

FUNERALES DE LA ROSA

TEMPORALMENTE

Comité de Vigilancia y Control
de la Ciudad de México
Secretaría de Salud
Pública del D. F.
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS PRIORITARIOS
Y EVALUACIÓN DE RIESGOS

06 JUL 2016

DESAPALHADO

Nombre del solicitante _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA AUTORIDAD SANITARIA
AL DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
OTZINAPA

AUTORIZACIÓN _____ **6** **JULIO**
SIENDO 12:36 HORAS DEL _____ **DE** _____
DE 201 _____, SE AUTORIZA EL EMBALSAMAMIENTO DEL CADÁVER ARRIBA
MENCIONADO EN _____ **ÑALADA, QUE SERÁ SUPERVISADO**
POR EL DR. _____

_____ RESPONSABLE DE TRÁMITES FUNERARIOS

FORMATO SALUD-TF-02

Fecha: 06/07/2016

Hora: 15:52

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

CONCEPTO	DESTINO	OBSERVACIONES
1.- Inhumación o incineración de cadáveres. (Si se efectúa antes de las 12 horas o después de las 48 horas)	Lugar donde se realiza _____	Embalsamado Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
2.- Exhumación prematura	Lugar de la reinhumación _____ _____	
3.- Traslado de cadáveres	Lugar de destino PANTEON MUNICIPAL DE IGUALA, ESTADO DE GUERRERO	Embalsamado Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
4.- Internación de cadáveres	Procedente de _____	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
5.- Traslado de restos áridos	Lugar de destino _____ _____	

_____ e	_____ ANOS
Sexo	Edad
Causa	Hora y fecha de la defunción
PARA EL CASO	
Nombre	_____ ZIMADA
Domicilio	_____

Con base en los Artículos 313 Fr. II, 314 Fr. II, V, VI y IX, 319, 342, 348, 349, 350; 350-Bis; 350-Bis-6, 350 Bis-7, 375 Fr. V de la Ley General del Salud; Artículos 7, 9, 13, 67, 68 y 100 Fr. II, IV, V, VI y VII del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia del Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, Artículos 110 Fr. I inciso i, 121 Fr. II, 158, 159, 160 de la Ley de Salud del Distrito Federal, Artículos 42, 45, 47, 48, 49, 52, 53 del Reglamento de Cementerios del Distrito Federal, Artículos 5 Fr. I inciso s, 17 Fr. I inciso e, del Reglamento de la Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno del Distrito Federal, Artículos 1, 2, 12 y 13 del Reglamento para Agencias de Inhumaciones en Distrito y Territorios Federales, se autoriza al solicitante:

EL TRASLADO DEL CADAVER DE QUIEN EN VIDA LLEVO EL NOMBRE ANTES CITADO, PROCEDENTE DE LA CIUDAD DE MEXICO, D.F., PARA SU INHUMACION DESPUES DE LAS 48 HORAS. EN EL PANTEON DEL LU... ADO.

México D.F. a 6 de JULIO 2016 de 2016

Hora de expedición 15:52

Responsables _____ **CENTRAL** _____ **06/07/2016**

190

SUPERVISIÓN DE EMBALSAMAMIENTO

AUTORIZACIÓN NUM. [REDACTED]

EFFECTUADO EN LA SALA DE EMBALSAMAR DE: [REDACTED]

POR EL EMBALSAMADOR: [REDACTED]

FUNERARIA RESPONSABLE DEL TRÁMITE: [REDACTED]

EL DÍA 6 DE Julio DEL 2016 A LAS 16:00 HRS.

DATOS DEL FALLECIDO

NOMBRE: [REDACTED]

EDAD: [REDACTED] SEXO: MASCULINO [REDACTED] FEMENINO [REDACTED]

CAUSA(S) DEL FALLECIMIENTO

[REDACTED]

FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 06 Julio 2016 09:20 hrs

CASO LEGAL: SÍ [REDACTED] NO [REDACTED] No. DE AVERIGUACIÓN PREVIA: [REDACTED]

CON AUTOPSIA PREVIA: SÍ [REDACTED] NO [REDACTED] LUGAR DONDE LE FUE PRACTICADA: [REDACTED]

CADÁVER PROCEDENTE DE: [REDACTED] LUGAR DE DESTINO: [REDACTED]

OBSERVACIONES: [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa en el Distrito Federal, se sancionará de acuerdo con la ley ante la autoridad competente.



salud.df.gob.mx

df.gob.mx

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



Pública del D. F.
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS PRIORITARIOS
Y EVALUACIÓN DE RIESGOS
191
ESPALMADO
HORA
EPMO

DR JIMENEZ No. [REDACTED] COL. DOCTORES C.P. [REDACTED] DELEG. CUAUHTEMOC. CIUDAD DE MÉXICO
TEL: 55 [REDACTED] FAX: 55 [REDACTED] E-mail: [REDACTED]@live.com www.funeralesgrossman.com.mx

CERTIFICADO DE EMBALSAMAMIENTO

Con base a los artículos 65, 71, 72, 105, 106 y 107 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, el C. Dr. [REDACTED] Médico autorizado para ejercer legalmente su profesión certifica que el cadáver del finado(a) [REDACTED]

TRAMITA FUNERALES: [REDACTED]
fue preparado con la técnica para su conservación el día 06 de JULIO del año 20 16 a las 16:00 hrs.,
En la sala de Embalsamamiento de la Agencia [REDACTED]
con domicilio en [REDACTED]

TECNICA UTILIZADA: Se practico Inyección Conservadora Introarterial a través de la Arteria (s):
Femoral [REDACTED] Carotidas [REDACTED] Subclavias () Iliacas ().

Se practicó lavado y fijación de organos para su Conservación ()
ción: Formol 30 % Fenol 10 %, GLICERINA 5 %, ALCOHOL 10 %, Germicida 15%, Agua 30 %

DATOS DEL FINADO (A)

Nombre: [REDACTED]
Domicilio: [REDACTED]
Profesión: [REDACTED]
Edad: [REDACTED]
Estado Civil: [REDACTED]
Fecha y Hora def: [REDACTED]
[REDACTED] DE INVESTIGACIÓN:
sa del fallecimiento: [REDACTED] A EL CASO
[REDACTED]

Médico Responsable

Nombre: [REDACTED]
Domicilio: [REDACTED]
Cédula Profes [REDACTED]
Firma: [REDACTED] prof
Embalsama [REDACTED] es mencionada:
Nombre: [REDACTED]
Firma: [REDACTED]

MEDICO OFICIAL QUE SUPERVISO LA PREPARACION DEL CADAVER

No. De Reporte: [REDACTED]
Nombre: [REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

192

192



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
ESTADO DE GUANAJUATO
REGISTRO CIVIL
ACTA DE DEFUNCION



Form with fields for CRIP, CURP, OFFICIALIA, LIBRO No., ACTA No., LOCALIDAD, MUNICIPIO O DELEGACION, ENTIDAD FEDERATIVA, FECHA DE REGISTRO, FINADO, SEXO, NOMBRE, ESTADO CIVIL, NACIONALIDAD, FECHA DE NACIMIENTO, EDAD, LUGAR DE NACIMIENTO, DOMICILIO, NOMBRE DEL CONYUGE, NOMBRE DEL PADRE, NOMBRE DE LA MADRE, FALLECIMIENTO, CAUSAS DEL FALLECIMIENTO, DESTINO DEL CADAVER, DATOS DEL PANTEON, DOMICILIO CORRESPONDIENTE, TIPO DE DEFUNCION, MEDICO QUE CERTIFICA LA DEFUNCION, and TESTIGO 1/2.

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

193

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO
 Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]

2. CURP [Redacted] 3. SEXO: Hombre Mujer Se ignora 4. NACIONALIDAD: Mexicana Otra Se ignora

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No Se ignora 6. PESO: [Redacted] Kilogramos Gramos 7. TALLA: [Redacted] Metros Centímetros 8. FECHA DE NACIMIENTO: [Redacted] Día Mes Año

9. 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 Se ignora

9.1 Para menores de un año escribe el número de folio del Certificado de Nacimiento. [Redacted] 10. ESTADO CONYUGAL: En unión libre Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Soltero(a) Casado(a) Se ignora

11. RESIDENCIA HABITUAL: Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]

12. ESCOLARIDAD: Ninguna Primaria incompleta Secundaria incompleta Bachillerato o preparatoria incompleta Profesional Se ignora Preescolar Primaria completa Secundaria completa Bachillerato o preparatoria completa Posgrado 13. OCUPACIÓN: [Redacted] Se ignora 13.1 Trabajaba Se ignora

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra IMSS PEMEX SEMAR IMSS Oportunidades Se ignora 14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Unidad médica privada 15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] Vía pública Otro lugar IMSS Oportunidades ISSSTE SEDENA Otra unidad pública 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] 15.3 Lugar: Hogar Se ignora

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.3 Localidad [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted] 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí No Se ignora 19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí No

20. 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] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) [Redacted] 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]

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE MADRE PARA [Redacted] ¿Causas anotadas en el embarazo, parto o puerperio? Sí No 22.1 ¿Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio 22.2 ¿Las causas anotadas en el embarazo, parto o puerperio? Sí No 22.3 ¿Las causas anotadas en el embarazo, parto o puerperio? Sí No

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto: Accidental Homicidio Suicidio Se ignora 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí No Se ignora 23.3 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 servicios Área industrial (taller, fábrica u obra) Granja (ranchito o parcela) Otro Se ignora

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Redacted]

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el número: [Redacted] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Redacted]

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]

24. NOMBRE DEL INF. [Redacted] 25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO ESTÁ SUJETA A LA LEY DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

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

794



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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 [REDACTED] REMACION [REDACTED] 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
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] TESTIGO

EN LA PRESENTE ACTA Y CONFORME AL CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUUELLA DIGITAL



GUERRERO
NACE, ACCESIBILIDAD, VOTOS

GUERRERO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

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

FOLIO

145

QUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (A... AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL [Redacted] [Redacted] [Redacted] <small>Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno</small>		
	2. CURP [Redacted]		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 99 Mujer <input type="radio"/> 99
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		6. PESO [Redacted] <small>Kilogramos Gramos</small>
	7. TALLA [Redacted] <small>Metros Centímetros</small>		8. [Redacted]
	9. EDAD CUMPLIDA <small>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</small>		
	9.1 Para menores, de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 7 Viudo(a) <input type="radio"/> 8 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9
	11. [Redacted]		
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
	14. 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"/> 8 OIra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidad <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE 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 Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 15.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (GLUES): [Redacted] Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted] 16.2 Colonia: [Redacted] 16.4 Municipio o delegación: [Redacted] 16.5 Entidad federativa: [Redacted]			
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
DE LA DEFUNCIÓN	20. 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] 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		
	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 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"/> 3 El puerperio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones graves del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Cómo ocurrió la lesión? 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 servicios <input type="radio"/> 5 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.3 ¿Las causas anotadas son compatibles con el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Redacted] 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a)? [Redacted]
	23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Redacted]
	23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión. 23.7.1 Calle y número: [Redacted] 23.7.2 Colonia: [Redacted] 23.7.3 Localidad: [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación: [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa: [Redacted]		
	25. CERTIFICADA POR [Redacted] Médico <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> [Redacted]		
	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] (A)		

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016
FOLIO

196

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

USE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO
EN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI
U TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA
NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____

2. CURP _____ Se ignora 99

3. SEXO: Hombre Muje Se ignora 9

4. NACIONALIDAD: Mexican Otr Se ignora 9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? S N Se ignora 9

6. PESO: _____ Kilogramos _____ Gramos

7. TALLA: _____ Metros _____ Centímetros

8. F: _____ Día _____ Mes _____ Año

9. 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

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____

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

11. _____

11.1 Calle y número _____ 11.2 Colonia _____

11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____

12. ESCOLARIDAD: Ninguna 1 Primaria Incompleta 2 Secundaria Incompleta 4 Bachillerato o preparatoria Incompleta 11 Profesional 7 Se ignora 99

Preescolar 12 Primaria completa 3 Secundaria completa 5 Bachillerato o preparatoria completa 6 Posgrado 10

13.1 Trabajaba: SI 1 No 2 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 _____

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 Unidad médica privada 9

IMSS Oportunidades 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8

15.1 Nombre de la unidad médica _____

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____

16. _____

16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____

16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI 1 No 2 Se ignora 9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI 1 No 2

20. 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) _____

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

c) _____

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 morbooso que la produjo

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 Notaron 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

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: _____

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto: Accidental 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 ¿Dónde ocurrió la lesión? Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Área deportiva 3 Calle o carretera (vía pública) 4 Área comercial o de servicios 5 Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Escuela u oficina pública 2 Otro 8 Se ignora 9

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? _____

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

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: _____

23.7 Sólo en caso de accidente, añote el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____

23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

24. _____

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____

26. CERTIFICADA POR _____

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO _____

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

1977



ESTADUAL	FECHA DE REGISTRO	
MUNICIPIO	ACTA No.	LOCALIDAD
		ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE _____ MUJER _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS 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 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: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

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.

[Redacted signature]

[Redacted signature]

[Redacted signature]

TESTIGO

EN LA PRESENTE ACTA Y CONFORME A LO CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL



GUERRERO
REGISTRO CIVIL

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Agosto

2016

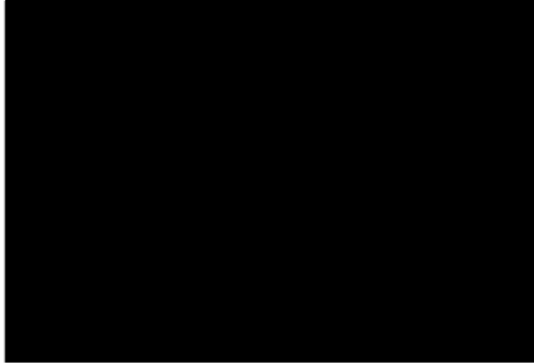
SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
FISCAL PARA EL CASO
ZINAPAPA

2a. Ampliación.
Panteón mpal.

2016, Año de Elena Garro"

Iguala Gro, a 23 de agosto de 2016.

Se autoriza al C. [REDACTED] Fosa en Temporalidad (fosa común) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [REDACTED] en el Panteón Antiguo Municipal.



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
MUNICIPAL DE IGUALA, GRO.
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO



SECRETARÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA GENERAL DE INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA GENERAL DE INVESTIGACIÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



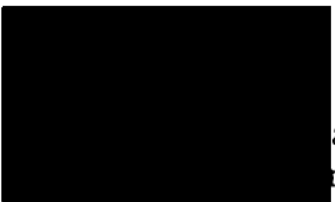
DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 07 del mes Agosto del 2016.



autoriza al Sr. [redacted] con domicilio en [redacted]

tel. no. [redacted] vida respondió

al nombre de [redacted]. La

persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

AL DE LA REPÚBLICA.
L DE INVESTIGACIÓN
N PARA EL CASO



(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016
FOLIO

[Redacted]

201

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		
2. CURP [Redacted]	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Dtra. <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]	7. TALLA Metros [Redacted] Centímetros [Redacted]
8. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		
9. 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"/>		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
11. RESIDENCIA HABITUAL 11.1 Calle y número [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria Incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
14. 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"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.3 Localidad [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Hora [Redacted] Minutos [Redacted]		18. ¿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"/>
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada ítem. En el ítem 20.1 anotar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) [Redacted] 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		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: [Redacted] Código CIE [Redacted]
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 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"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.3 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 servicios <input type="radio"/>
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [Redacted]		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Redacted]
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo que se produjo la lesión [Redacted]		23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]
24. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO FEDERAL DE INVESTIGACIÓN
EN PATOLOGÍA FORENSE
PARA EL CASO
TIZIAPA



LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



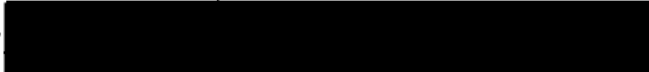
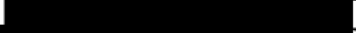
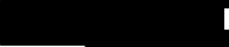
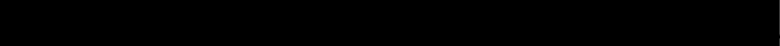
DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 19 del mes Agosto del 2016

Se autoriza al C.  con domicilio  tel. no.  la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

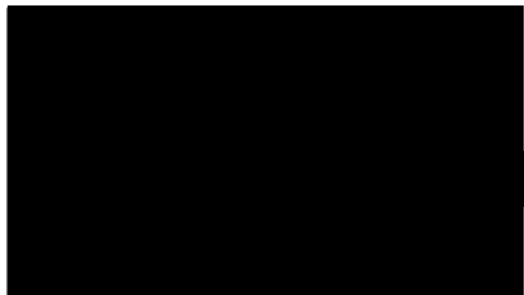
- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.


Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.


Con fecha límite de dos días hábiles.


Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
 AL DE LA REPUBLICA
 DE INVESTIGACION
 EN PARA EL CASO
 TZINAPA



 (733) 33 396 00 Ext. 150

 presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

 Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero





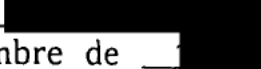
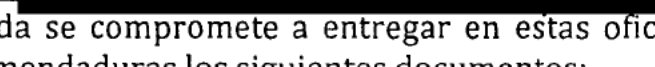
DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 14 del mes Agosto del 2016.

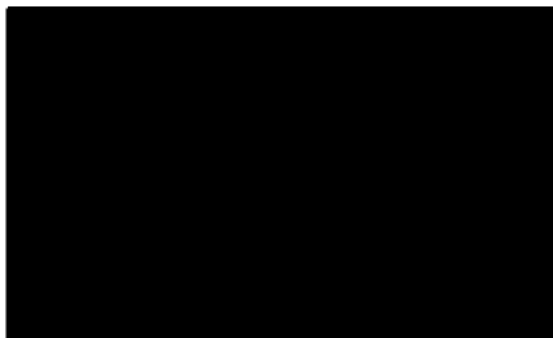
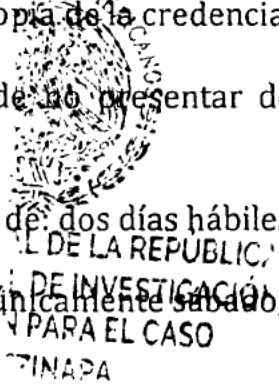
Se autoriza al C.  con domicilio en  tel. no.  para la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:


- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.


Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.


Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



 (733) 33 396 00 Ext. 150

 presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

 **Palacio Municipal**
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015
FOLIO

205

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO 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(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____			
	2. CURP _____		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		6. PESO _____ Kilogramos Gramos	
	7. TALLA _____ Metros Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	
	9. 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="checkbox"/>			
	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
	11. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía al momento del fallecimiento. 11.4 _____ 11.5 _____ 11.6 _____ 11.7 _____ 11.8 _____ 11.9 _____ 11.10 _____ 11.11 _____ 11.12 _____ 11.13 _____ 11.14 _____ 11.15 _____ 11.16 _____ 11.17 _____ 11.18 _____ 11.19 _____ 11.20 _____ 11.21 _____ 11.22 _____ 11.23 _____ 11.24 _____ 11.25 _____ 11.26 _____ 11.27 _____ 11.28 _____ 11.29 _____ 11.30 _____ 11.31 _____			
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 _____ Se ignora <input type="checkbox"/> 13.2 _____ Se ignora <input type="checkbox"/>	
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación 14.1.1 _____ 14.1.2 _____ 14.1.3 _____ 14.1.4 _____ 14.1.5 _____ 14.1.6 _____ 14.1.7 _____ 14.1.8 _____ 14.1.9 _____ 14.1.10 _____ 14.1.11 _____ 14.1.12 _____ 14.1.13 _____ 14.1.14 _____ 14.1.15 _____ 14.1.16 _____ 14.1.17 _____ 14.1.18 _____ 14.1.19 _____ 14.1.20 _____ 14.1.21 _____ 14.1.22 _____ 14.1.23 _____ 14.1.24 _____ 14.1.25 _____ 14.1.26 _____ 14.1.27 _____ 14.1.28 _____ 14.1.29 _____ 14.1.30 _____	
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE 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"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidad <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 15.3 Entidad federativa _____			
16. DIRECCIÓN 16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____				
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____				
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>				
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
DE LA DEFUNCIÓN	20. 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 a) Debido a (c) _____ b) Debido a (c) _____ c) Debido a (c) _____ d) Debido a (c) _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica			21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____ 21.1 _____ 21.2 _____ 21.3 _____ 21.4 _____ 21.5 _____ 21.6 _____ 21.7 _____ 21.8 _____ 21.9 _____ 21.10 _____ 21.11 _____ 21.12 _____ 21.13 _____ 21.14 _____ 21.15 _____ 21.16 _____ 21.17 _____ 21.18 _____ 21.19 _____ 21.20 _____ 21.21 _____ 21.22 _____ 21.23 _____ 21.24 _____ 21.25 _____ 21.26 _____ 21.27 _____ 21.28 _____ 21.29 _____ 21.30 _____
	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 35 AÑOS O MÁS: 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 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"/>			
	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
	22.3 ¿Las causas anotadas se relacionan con el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 23.3 ¿Ocurrió en: Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicios <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"/>			
	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? 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 _____			
	23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____			
	23.6 Desde la presente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: 23.6.1 _____ 23.6.2 _____ 23.6.3 _____ 23.6.4 _____ 23.6.5 _____ 23.6.6 _____ 23.6.7 _____ 23.6.8 _____ 23.6.9 _____ 23.6.10 _____ 23.6.11 _____ 23.6.12 _____ 23.6.13 _____ 23.6.14 _____ 23.6.15 _____ 23.6.16 _____ 23.6.17 _____ 23.6.18 _____ 23.6.19 _____ 23.6.20 _____ 23.6.21 _____ 23.6.22 _____ 23.6.23 _____ 23.6.24 _____ 23.6.25 _____ 23.6.26 _____ 23.6.27 _____ 23.6.28 _____ 23.6.29 _____ 23.6.30 _____			
	23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____			
	24. NOMBRE DEL INF. _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____			
25. PALENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____				
26. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional _____		
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		29. TELÉFONO _____		
30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE _____		31. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Num. _____ Libro Núm. _____		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____		
33.1 Acta Num. _____				

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REGISTRAR ESTE CERTIFICADO EN EL REGISTRO CIVIL DE 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

206



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] D: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED]

SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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] (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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] 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: [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] [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



GUERRERO
NO NECESITA TODOS



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LFA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA ROSA Y LA COPIA AZUL AL REGISTRO CIVIL PARA QUE SE EMITA EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS CONSERVARAN LA COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y ATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN SU APLICACIÓN. LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MÉXICO.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]

2. CURP [Redacted] 3. SEXO: Hombre Muje Se ignora 4. NACIONALIDAD: Mexicana Otra Se ignora

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI No Se ignora 6. PESO: [Redacted] Kilogramos Gramos 7. TALLA: [Redacted] Metros Centímetros 8. FECHA DE NACIMIENTO: [Redacted] Día Mes Año

9. 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. Se ignora

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 10. ESTADO CONYUGAL: En unión libre Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Soltero(a) Casado(a) Se ignora

11. RESIDENCIA MARITAL: [Redacted] 11.1 Domicilio y número: [Redacted] 11.2 Colonia: [Redacted] 11.4 Municipio o delegación: [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): [Redacted]

12. ESCOLARIDAD: Ninguna Primaria Incompleta Secundaria Incompleta Bachillerato o preparatoria Incompleta Profesional Se ignora Preescolar Primaria completa Secundaria completa Bachillerato o preparatoria completa Posgrado 13. [Redacted] Se ignora 13.1 Trabajaba: [Redacted] Se ignora

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra IMSS PEMEX SEMAR IMSS Oportunidades Se ignora 14.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Unidad médica privada Vía pública Otro lugar IMSS Oportunidades ISSSTE SEDENA Otra unidad pública Hogar Se ignora 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [Redacted]

16. D [Redacted] 16.2 Colonia: [Redacted]

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [Redacted] Día Mes Año [Redacted] Hora Minutos 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI No Se ignora 19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI No

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa que produjo la muerte. 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. [Redacted]

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

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 22.1 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 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto: Accidente Homicidio Suicidio Se ignora 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora 23.3 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 servicios Área industrial (taller, fábrica u obra) Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? [Redacted]

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Redacted]

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número: [Redacted] 23.7.2 Colonia: [Redacted] 23.7.3 Localidad: [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación: [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa: [Redacted]

24. NOMBRE: [Redacted] 25. PARE: [Redacted] FALLECIDO(A)

26. CERTIFICADA POR: [Redacted] 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

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

209



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
 LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
 MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
 (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) 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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] 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
PRESENTO REQUISITOS.-

[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

GUERRERO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
GOBIERNO
ESTADAL

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

210



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	LOCALIDAD
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS 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 DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION BRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____

UBICACION _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____

B) _____

C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

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

GUERRERO
SECRETARIA DE SALUD
SECRETARIA DE DEFUNCIONES

UNIDOS MEXICANOS
SECRETARIA DE DEFUNCIONES
SECRETARIA DE INVESTIGACION
MEDICA DEL CASO

FIRMAS

_____ JURAMENTO 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



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



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

[Redacted] 211

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS
 ESTOS CONSERVARAN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI
 ESTOS CONSERVARAN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno		
	2. CURP [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		6. PESO [Redacted] Kilogramos [Redacted] Gramos
	7. TALLA [Redacted] Metros [Redacted] Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] Día [Redacted] Mes [Redacted] Año
	9. 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 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento [Redacted]		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) [Redacted] y número [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]		
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 2 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"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaria de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.3 Localidad [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]			
DE LA DEFUNCIÓN	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted] Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos		18. ¿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"/> 9
	20. 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] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [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		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]
	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 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		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿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 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]
	23.3 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 servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Redacted]		
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número. [Redacted] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted] 23.7 Solo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted]			

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

213
212

EN REGISTRO EL ORIGINAL, EN SU CASO, ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

ANTE

1. NOMBRE D. [REDACTED] Nombres(s) Apellido paterno Apellido materno		
2. CURP [REDACTED]	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Muje <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. NACIONALIDAD Mexican <input checked="" type="radio"/> Otr <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? S <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	6. PESO [REDACTED] Kilogramos Gramos	7. TALLA [REDACTED] Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO [REDACTED] Día Mes Año		
9. 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"/>		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [REDACTED]		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input checked="" type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
11. RESIDENCIA HABITUAL (Anotar el domicilio permanente donde vivía al fallecido(a)) 11.1 Calle y número [REDACTED] 11.2 Colonia [REDACTED] 11.3 Localidad [REDACTED] 11.4 Municipio o delegación [REDACTED] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [REDACTED]		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL [REDACTED] Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Trabajaba SÍ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
14. 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"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidade <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]
15. SITIO DE OCURENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud [REDACTED] IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada [REDACTED] 15.1 Nombre de la unidad médica [REDACTED] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [REDACTED] IMSS Oportunidade <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 15.3 Lugar: Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle [REDACTED] 16.2 Colonia [REDACTED] 16.3 Localidad [REDACTED] 16.4 Municipio o delegación [REDACTED] 16.5 Entidad federativa [REDACTED]		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año [REDACTED]		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? S <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? S <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		20. 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) [REDACTED] Código CIE [REDACTED] b) [REDACTED] Código CIE [REDACTED] c) [REDACTED] Código CIE [REDACTED] d) [REDACTED] Código CIE [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 [REDACTED] Código CIE [REDACTED] [REDACTED] Código CIE [REDACTED]
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 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"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SÍ <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SÍ <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.3 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 servicios <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"/>
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? [REDACTED]		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [REDACTED]		
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [REDACTED] 23.7.2 Colonia [REDACTED] 23.7.3 Localidad [REDACTED] 23.7.4 Municipio o delegación [REDACTED] 23.7.5 Entidad federativa [REDACTED]		
24. NOMBRE [REDACTED] Nombres(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PARIENTES CON EL(LA) FALLECIDO(A) [REDACTED]
26. 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"/>		27. SI EL C [REDACTED] Número de la cédula profesional [REDACTED]

DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
TZINAPA

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

214
213



OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____

LIBRO: _____ ACTA No.: _____ LOCALIDAD: _____

MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE _____ MUJER _____

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 _____ REMACION _____ NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
B) _____
C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

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

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. _____ DEL REGISTRO CIVIL

GUERRERO
NOS NECESITA TODOS

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

215
214

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL IREGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		
2. CURP [Redacted]		
3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Muje <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Otr <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]	7. TALLA Metros [Redacted] Centímetros [Redacted]
8. FECH [Redacted] Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		
9. 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] Se ignora <input type="radio"/>		
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorcado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
11. RESIDENCIA PERMANENTE DONDE VIVIÓ AL FALLECIDO(A) 11.1 Calle y número [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Ciudad [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria Incompleta <input type="radio"/> Secundaria Incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN [Redacted] Se ignora <input type="radio"/>
14. 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"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]
15. SITIO DE OCURRENCIA DE 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"/> 15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
16. DIRECCIÓN 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.3 Ciudad [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]		
18. ¿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"/>		19. ¿SE PRACTICÓ NEBROSCOPIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una por 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 congnada 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 [Redacted]		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE UNA CAUSA 22.1 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"/> Más de 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
22.3 ¿Las causas anotadas compararon el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		24. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
23.3 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 otra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? [Redacted]		
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [Redacted] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]		
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]		
24. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		25. PARENTESCO CON EL FALLECIDO(A) [Redacted]
26. CATEGORÍA DEL CERTIFICANTE 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"/>		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, ANOTE: Nombre [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted] Cargo [Redacted]
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted]		
29. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE [Redacted]		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted] 34.2 Municipio o delegación [Redacted] 34.3 Entidad federativa [Redacted] 34.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]
33.1 Acta Núm. [Redacted]		

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



276
215

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCIÓN
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] FINADO: [REDACTED]

SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] NOMBRES: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DÍAS [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 DEFUNCIÓN: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

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

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION [REDACTED] CREMACION [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEÓN O CREMATÓRIO: [REDACTED]

SUBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] DONDE FALLECIO: [REDACTED]

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

TIPO DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]

NOMBRE DEL MÉDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN: [REDACTED]

NO. DE CÉDULA 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 AREAS Y LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

[REDACTED] [REDACTED]

DECLARANTE

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.

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

EL C. [REDACTED] LIC. [REDACTED]

2015-2019

GUERRERO

REGISTRACION

INTERESADO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
COORDINACIÓN TÉCNICA DEL SISTEMA ESTATAL



REGISTRO CIVIL

EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE GUERRERO Y COMO COORDINADORA TÉCNICA DEL SISTEMA ESTATAL DEL REGISTRO CIVIL, CERTIFICO; QUE EN EL LIBRO NO [REDACTED] DEL ARCHIVO GENERAL DEL REGISTRO CIVIL, SE ENCUENTRA ASENTADA EL ACTA NO [REDACTED] DE FECHA 16 de AGOSTO de 2016, LEVANTADA POR EL C OFICIAL [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL RESIDENTE EN IGUALA DE LA INDEPENDENCIA LA CUAL CONTIENE LOS SIGUIENTES DATOS

ACTA DE NACIMIENTO

NOMBRE [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] HORA [REDACTED]
DIA MES AÑO

PRESENTADO [REDACTED] SEXO [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD

COMPARECE [REDACTED]

C.U.R.P. [REDACTED] C.R.I.P. [REDACTED]

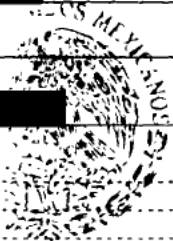
PADRES

NOMBRE [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

NACIONALIDAD [REDACTED] EDAD [REDACTED] AÑOS

NOMBRE [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

NACIONALIDAD [REDACTED] EDAD [REDACTED] AÑOS



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE DEFENSA

SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE NACIMIENTO A LO DISPUESTO POR LOS ARTICULOS 307 DEL CÓDIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO Y 11 DE LA LEY QUE REGULA EL USO DE LA FIRMA ELECTRÓNICA CERTIFICADA EN EL ESTADO DE GUERRERO. A 16 DE AGOSTO DEL 2016, DOY FE.



Este documento puede ser validado en la dirección de Internet
<http://autoridadcertificadora.guerrero.gob.mx>, sección de Verificación de documentos con el Identificador de documento [REDACTED]

PROFRA. MARIA INES HUERTA PEGUEROS
NOMBRE Y FIRMA



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

218
217

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]					
2. CURP [Redacted]		3. SEXO Se ignora <input type="radio"/> 99 Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02	4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]	7. TALLA Metros [Redacted] Centímetros [Redacted]	8. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		
9. 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"/> 09		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 05 Soltero(a) <input type="radio"/> 02 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09			
11. RESIDENCIA HABITUAL (Anotar el domicilio permanente donde [Redacted]) 11.1 Calle y número [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]					
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 02 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 04 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidad <input type="radio"/> 09 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08		15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]	Via pública <input type="radio"/> 01 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.3 Localidad [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02
20. 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) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa; consignar ambas, 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 [Redacted] Código CIE [Redacted]		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09		
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [Redacted]		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]			
23.7 Sólo en caso de accidentes, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]					
24. HOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]			

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Septiembre



2016

TRIBUNAL DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE INVESTIGACIÓN
CON PARTES DEL CASO
DECISIONES

2a. Ampliación
Panteón Municipal.



IGUALA
MAYORADO DE IGUALA

DIRECCION DE PANTEONES

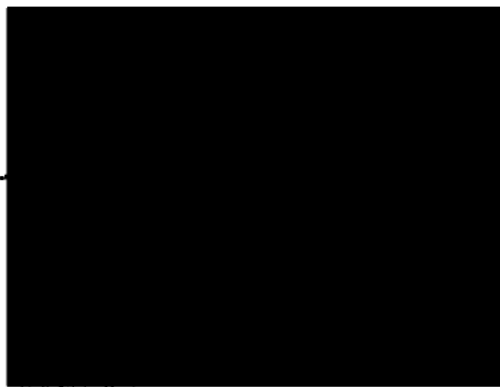
MAYUNTAMIENTO
DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.
2015 - 2018

220
219

"2016, Año de Elena Garro"

Iguala Gro, a 15 de septiembre del 2016.

Se autoriza a la C. [REDACTED] La condonación del pago para la
Inhumación y Apertura de fosa, de la persona que en vida llevo el nombre de: [REDACTED]
[REDACTED] en el [REDACTED] del panteón nuevo municipal.



MAYUNTAMIENTO MUNICIPAL
MUNICIPAL DE IGUALA, GRO
PANTEONES
2015 - 2018
CULTURA Y DESARROLLO



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIONES
FEDERALES PARA EL CASO
TIZINAPA

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

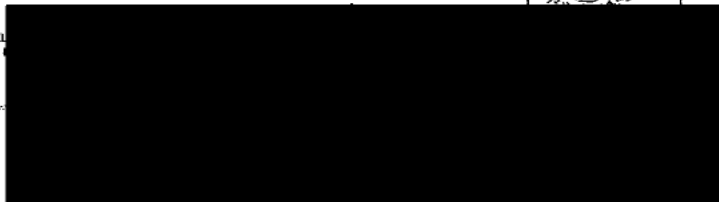
220

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
 LIBRO: [REDACTED] FOLIO No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
 ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]
 FINADO: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] (PRIMERO APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)
 DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR É INTERIOR) [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
 [REDACTED] (CALLE) [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 [REDACTED] REMACION [REDACTED] 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: [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 REQUERIMIENTOS DE LA REPUBLICA
 DE INVESTIGACION
 PARA EL CASO
 TIZIAPA

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 INTERVIWIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



GUERRERO
 NOT. CENTRALIZADO
 GUERRERO



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

221

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. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS.

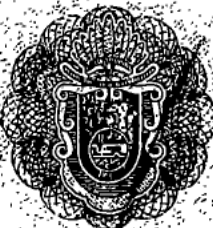
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			
2. CURP		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	6. PESO Kilogramos Gramos	7. TALLA Metros Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año
9. 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"/> 09			
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 05 Divorcedo(a) <input type="radio"/> 03 Vudido(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09	
11. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivió el fallecido(a)			
11.1 Calle y número		11.2 Colonia	11.3 Localidad
11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Pasajero <input type="radio"/> 10		17. OCUPACIÓN HABITUAL 18.1 Trabajaba <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN			
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09		15.1 Nombre de la unidad médica	
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
16.1 Calle y número		16.2 Colonia	16.3 Localidad
16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02
20. 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	
a) <input type="text"/>		Código CIE	
b) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica			
c) Debito a (o causas) (especificar de)			
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			
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUERTE ENTRE 15 A 44 AÑOS		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05	
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones típicas del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto egresor con el(los) fallecido(a)?	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			
23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.2 ¿Ocurrió en su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
23.3 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el este número		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto egresor con el(los) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 05 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 06 Se ignora <input type="radio"/> 09	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el este número			
23.6 ¿Ocurrió en la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión?			
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión			
23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia	23.7.3 Localidad
23.7.4 Municipio o delegación		23.7.5 Entidad federativa	
24. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
26. CERTIFICADA POR Médico italiano <input type="radio"/> 01 Médico logista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		29. TELÉFONO	
30. DOMICILIO		31. FIRMA	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. Libro Num.		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
33.1 Acta Num.		34.1 Localidad	34.2 Municipio o delegación
		34.3 Entidad federativa	34.4 Día Mes Año

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA.

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
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 UNA ACTA DE NACIMIENTO EN LA CUAL SE CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS:

ACTA DE NACIMIENTO

OFICIALIA LIBRO ACTA CRIP CURP FECHA DE REGISTRO
LOCALIDAD MUNICIPIO O DELEGACION ENTIDAD FEDERATIVA

DATOS DEL REGISTRADO

NOMBRE: NOMBRE (S) PRIMERO SEGUNDO APELLIDO
FECHA DE NACIMIENTO: HORA DE NACIMIENTO:
LUGAR DE NACIMIENTO: LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD PAIS
REGISTRADO: VIVO MUERTO SEXO: MASCULINO FEMENINO
COMPARECIO: PADRE MADRE AMBOS PERSONAS DISTINTAS REGISTRADO

DATOS DE LOS PADRES

NOMBRE DEL PADRE: NOMBRE (S) PRIMERO SEGUNDO APELLIDO
EDAD: NACIONALIDAD:
NOMBRE DE LA MADRE: NOMBRE (S) PRIMERO SEGUNDO APELLIDO
EDAD: NACIONALIDAD:

DATOS DE LOS ABUELOS

NOMBRE DEL ABUELO PATERNO: EDAD: ---
NACIONALIDAD: ---
NOMBRE DE LA ABUELA PATERNA: EDAD: ---
NACIONALIDAD: ---
NOMBRE DEL ABUELO MATERNO: (FINADO) EDAD: ---
NACIONALIDAD: ---
NOMBRE DE LA ABUELA MATERNA: (FINADA) EDAD: ---
NACIONALIDAD: ---

PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO

NOMBRE PARENTESCO:
NACIONALIDAD: EDAD: ---

OBSERVACIONES O ANOTACIONES REGISTRADAS:

[Redacted area]

302 DE LOS CODIGOS CIVILES VIGENTES EN EL ESTADO
DEL REGISTRO CIVIL
AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
GUAYALUPA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
2012 - 2015
SELLO



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

223



OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____
LIBRO: _____ ACTA No.: _____ LOCALIDAD: _____
MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER
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: _____
(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 CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: _____
UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____
DONDE FALLECIO: _____
CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
B) _____
C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCION: _____
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____
DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: AL DE _____ 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 RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



GUERRERO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

224

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. EN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		
	2. CURP [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. NACIONALIDAD Mexican <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	6. PESO [Redacted] Kilogramos Gramos	7. TALLA [Redacted] Metros Centímetros
	8. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] Día Mes Año		
	9. 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		
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		
	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	11. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]		
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria Incompleta <input type="radio"/> Secundaria Incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 5 Secundaria completa <input type="radio"/> 6 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 10 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba <input type="radio"/> S <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSST <input type="radio"/> 5 SEDENA <input type="radio"/> 6 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEME <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 4 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]
15. SITIO DE OCURRENCIA DE 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 Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] Vía pública <input type="radio"/> 0 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.3 Localidad [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]	
DE LA DEFUNCIÓN	20. 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] Código CIE [Redacted] b) [Redacted] Código CIE [Redacted] c) [Redacted] Código CIE [Redacted] d) [Redacted] Código CIE [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
	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 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		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.3 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 servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.4 ¿Que parentesco 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		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]
	23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted] 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]		
DEL INF.	24. NOMBRE [Redacted] Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]		

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION

LOCALIDAD: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

ACTA No. [REDACTED] LOCALIDAD [REDACTED]

MUNICIPIO [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA [REDACTED]

FINADO [REDACTED]

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: [REDACTED] (NOMBRE(S)) [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DÍAS [REDACTED] 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)

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: [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]

FIRMAS

DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES QUE DEBE PRESENTAR EN SU MOMENTO DE INVESTIGACION PARA EL CASO

FIRMAS

DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

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

EL C... LIC... [REDACTED]

GUERRERO
 GOBIERNO DEL ESTADO
 SECRETARÍA DE SALUD
 REGISTRO CIVIL

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

226

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO 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(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]	
2. CURP [Redacted]	
3. SEXO: <input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Mujeres	
4. NACIONALIDAD: <input type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra [Redacted]	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
6. PESO: [Redacted] Kilogramos Gramos	
7. TALLA: [Redacted] Metros Centímetros	
8. FECHA DE NACIMIENTO: [Redacted] Día Mes Año	
9. 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	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]	
10. ESTADO CONYUGAL: <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora	
11. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde está el fallecido(a) [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero) [Redacted]	
12. ESCOLARIDAD: <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> 13. OCUPACIÓN HABITUAL: 13.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: <input 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 Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE 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"/> 15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) [Redacted] 15.3 Localidad [Redacted] 15.4 Municipio o delegación [Redacted] 15.5 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 LESIONES 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"/> Se ignora <input type="radio"/>	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
20. 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) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) [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 lesión morbosea que la produjo [Redacted]	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
22.1 Si la defunción ocurrió en una mujer de 10 a 54 años: <input type="radio"/> El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 22.2 ¿Las causas anotadas derivan de complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un accidente: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿En qué lugar ocurrió la lesión? <input type="radio"/> Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.3 ¿Qué parentesco tenía el presuragrosor con el(a) fallecido(a)? <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presuragrosor con el(a) fallecido(a)? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [Redacted] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]	
DEL CERTIFICANTE	
24. NOMBRE: [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
26. CERTIFICADA POR: <input type="radio"/> 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"/>	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional [Redacted]	
28. NOMBRE: [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]	
29. TELÉFONO [Redacted]	
30. DOMICILIO: [Redacted]	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [Redacted] Día Mes Año	
DEL REG. CIVIL	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 33.1 Acta Núm. [Redacted]	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 34.1 Localidad [Redacted] 34.2 Municipio o delegación [Redacted] 34.3 Entidad federativa [Redacted] 34.4 Día Mes Año [Redacted]	

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



227



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
RÉGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



GUERRERO
ESTADO LIBRE Y SOBERANO

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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. EXTERIORES 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] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

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

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

DONDE FALLECIO [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE. A) 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 DE DEFUNCION FUE LEIDA Y EXPLICADA A LOS INTERESADOS EN SU PRESENCIA Y EN SU LENGUAJE COMPRENSIBLE. EL INTERESADO PRESENTE REQUISITOS PARA EL CASO OTZINAPA

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 [REDACTED] LIC [REDACTED] OFICIALIA [REDACTED] TO [REDACTED] AL [REDACTED] L [REDACTED]

INTERESADO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016
FOLIO

208

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO



REPRODUCIDO POR LOS SERVIDORES. ESTOS CONSERVARÁN LA COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL MESI
MIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA
E TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS
LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU
NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATE

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]	
2. CURP [Redacted]	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	6. PESO [Redacted] Kilogramos Gramos
7. TALLA [Redacted] Metros Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] Día Mes Año
9. 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	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
11. RESIDENCIA HABITUAL (Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) [Redacted] Colonia [Redacted] Localidad [Redacted] Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	13. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
14. 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 Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>	15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
16. [Redacted] Colonia [Redacted] Localidad [Redacted] Entidad federativa [Redacted]	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted]	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfía, etc.)	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] Código CIE [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) [Redacted] Código CIE [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) [Redacted] Código CIE [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted] 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 [Redacted] Código CIE [Redacted]	
22.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo?	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo?
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN [Redacted]	

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



229

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 17 del mes SEPTIEMBRE del 2015.

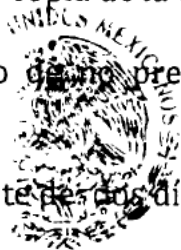
Se autoriza al [redacted] con domicilio en [redacted] tel. no. [redacted] a inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de [redacted] días hábiles.

Permiso valido en la República, domingo y días festivos.



SECRETARÍA DE JUSTICIA Y FERIAZ
FEDERAL DE INVESTIGACIÓN
FEDERAL PARA EL CASO
FEDERAL TOTZINAPA



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO


(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Octubre

2016



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE LA DEFENSA
PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
FISCALÍA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
FISCALÍA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA


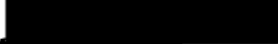
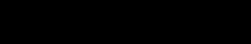
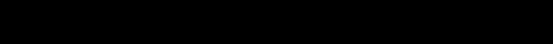
2a. Ampliación Pantecón Mpal.



Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 29 del mes Octubre del 2016.

Se autoriza al C.  con domicilio  tel. no.  la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso válido únicamente sábado, domingo y días festivos.

SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIONES
SECRETARÍA DE JUSTICIA
SECRETARÍA DE DEFENSA
SECRETARÍA DE ECONOMÍA
SECRETARÍA DE ENERGÍA
SECRETARÍA DE FOMENTO ECONÓMICO
SECRETARÍA DE GOBIERNO FEDERAL
SECRETARÍA DE INTERIORES
SECRETARÍA DE LA FORTALEZA DE LA DEFENSA NACIONAL
SECRETARÍA DE PLANEACIÓN
SECRETARÍA DE PROMOCIÓN SOCIAL
SECRETARÍA DE TURISMO
SECRETARÍA DE VIVIENDA Y OBRAS PÚBLICAS
SECRETARÍA DE CULTURA



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero



DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

232

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 20 del mes OCTUBRE del 2016.

Handwritten notes:

base

Se autoriza al C. con domicilio tel. no. la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

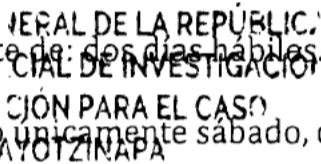
Handwritten notes:
Fosa
comin

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles

Permiso valido unicamente sábado, domingo y días festivos.



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016
FOLIO

233

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGU ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL INTERVENIENTE CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO 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(A)			
	2. CURP		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mu <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
	6. PESO		7. TALLA	
	9. EDAD CUMPLIDA		8. FECHA DE NACIMIENTO	
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL	
	11. RESIDENCIA PERMANENTE			
	12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN	
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación	
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN			
DE LA DEFUNCIÓN	16. DOMICILIO			
	17. FECHA MUERTE DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
	24. NOMBRE		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
	26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
	28. DOMICILIO		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
	33.1 Acta Núm.		34.1 Localidad	

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF. DEL CERTIFICANTE

Art. 113 Fracc. I LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP
 Motivación 2


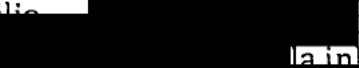
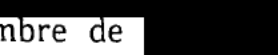
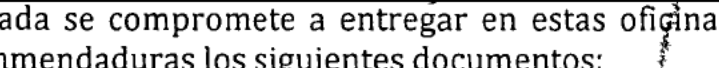


234

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 1 del mes Octubre del 2016.

Se autoriza al C.  con domicilio en  tel. no.  la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

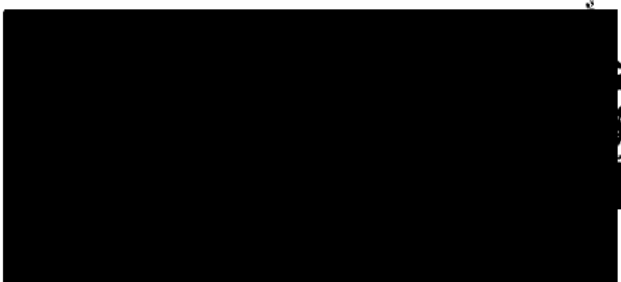
- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.


Con fecha límite de 10 días hábiles.

Permiso válido únicamente sábado, domingo y días festivos.


SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIONES
SECRETARÍA PARA EL CASO
AYOTZINAPA



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

 (733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

 **Palacio Municipal**
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

235



IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

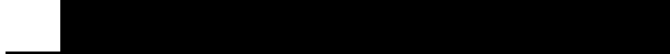
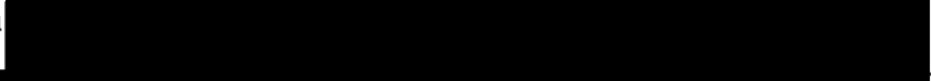


DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 3 del mes Octubre del 2016.

Se autoriza  con domicilio  tel. no.  a inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN

Permiso válido para el caso de domingo y días festivos.

YOTZINAPA



(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

236

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL DEL ESTADO DE DEFUNCIÓN (SEDEF) CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN (CERDEF) PARA EXTERIOR AL INEGI

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____					
2. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/> 99		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Muja <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Otr. <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	6. PESO _____ Kilogramos Gramos	7. TALLA _____ Metros Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO _____ Día _____ Mes _____ Año		
9. 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			10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Localidad _____ _____ 11.5 Entidad federativa o país en que residía en el extranjero) _____			12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10	13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input 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 INSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación _____			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 15.1 Número de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99			16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____ _____ 16.5 Entidad federativa _____		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Minutos _____		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa de defunción. 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 _____			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____ Código CIE _____		
22.1 Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años 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		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.3 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 servicios <input type="radio"/> 5	23.4 ¿Qué parentesco 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
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____			23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____		
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____			24. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____		26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico letrado <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6			
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO _____		_____			

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

237



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
	ENTIDAD FEDERATIVA
FINADO	
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJE <input type="checkbox"/>
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 type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO:
UBICACION:	ORDEN NO.:
DONDE FALLECIO:	
CAUSAS DE LA MUERTE: -A) B) C)	
TIPO DE DEFUNCION:	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:	
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:	
DOMICILIO:	
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.

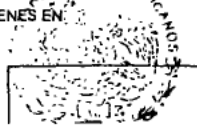
FIRMAS

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.



GUERRERO
 NO RECIBI A TODOS
 SI DEBE SER
 SI DEBE SER

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Noviembre

2016

ESTADOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE LA DEFENSA
INSTITUTO FEDERAL DE INVESTIGACIONES
FISICA Y QUIMICA PARA EL CASO
DE TIZIQUILA, OAXACA

2a. Ampliación Panteón Mpal.



IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

AYUNTAMIENTO
DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.
2015-2019

239

"2016, Año de Elena Garro"

Iguala Gro, a 15 noviembre de 2016.

Se autoriza a la C. [REDACTED] La condonación del pago de Inhumación y Apertura de fosa, de la persona que en vida llevo el nombre de [REDACTED] sección del Panteón Municipal.



TO MUNICIPAL
DE IGUALA, GRO.
ONES
2018
Y DESARROLLO



AL DE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
N PARA EL CASO
TZINAPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

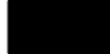
Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2







DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 5 del mes Noviembre del 2016.

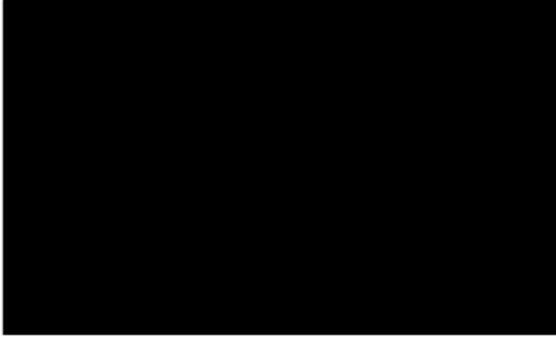
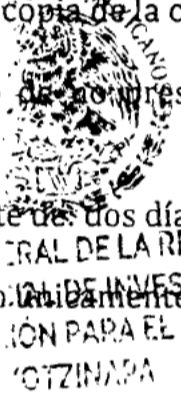
Se autoriza al G.  con domicilio  tel. no  la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.


Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.


Con fecha límite de dos días hábiles.


Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

 (733) 33 396 00 Ext. 150

 presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

 Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

242

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEM
2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO
ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI
ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA
LA INFORMACIÓN
NORMATIVIDAD APLICABLE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			2. CURP			3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 Mujer <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Otr. <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		6. PESO Kilogramos Gramos		7. TALLA Metros Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año				
9. 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			10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(s) <input type="radio"/> 6 Divorciado(s) <input type="radio"/> 3 Vudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9							
11. RESIDENCIA HABITUAL (Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a))										
11.1 Casa y número		11.2 Colonia			11.3 Localidad					
11.4 Municipio o delegación										
11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)										
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 3 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99					13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9					
14. 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 Otr. <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99					14.1 Número de seguridad social o afiliación					
15. SITIO DE LA DEFUNCIÓN			15.1 Nombre de la unidad médica			15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				
Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 4 ISSSTE <input type="radio"/> 6 SEDENA <input type="radio"/> 8 Otr. unidad pública <input type="radio"/> 8			Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99							
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN										
16.1 Calle y número		16.2 Colonia			16.3 Localidad					
16.4 Municipio o delegación										
16.5 Entidad federativa										
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?				
Día Mes Año			Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9			Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9				
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)										
<p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) Debió a (o como consecuencia de)</p> <p>b) Debió a (o como consecuencia de)</p> <p>c) Debió a (o como consecuencia de)</p> <p>d) Debió a (o como consecuencia de)</p> <p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo</p>										
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 44 AÑOS, 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										
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE										
23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.3 ¿En qué tipo de vivienda o lugar ocurrió? Vivienda particular <input type="radio"/> 1 Vivienda colectiva (estilo, ornato, etc.) <input type="radio"/> 2 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 3		23.4 ¿En qué área ocurrió? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granje (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <input type="text"/>		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión										
23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia			23.7.3 Localidad					
23.7.4 Municipio o delegación										
23.7.5 Entidad federativa										
24. NOMBRE					25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno					Parentesco					
26. CERTIFICADA POR					27. ¿EL CERTIFICANTE ES MÉDICO?					
Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> 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"/> 8					Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9					
28. NOMBRE					29. TELÉFONO					
Nombre Apellido paterno Apellido materno					Número de línea profesional					
30. DOMICILIO					31. FIRMA					
Calle y número Colonia Localidad Municipio o delegación Entidad federativa					Firma					
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN					33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO					
Día Mes Año					Núm. Libro Núm. Acta Núm.					
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					35. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
34.1 Localidad					35.1 Localidad					
33.1 Acta Núm.		34.2 Municipio o delegación			34.3 Entidad federativa		34.4 Día Mes Año			

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

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

242

OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____

MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____

ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FALLECIDO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

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 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 CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: _____

B) _____

C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE Cedula PROFESIONAL: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

Ocupacion: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

Ocupacion: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

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 LIC. _____

INTERESADO

GUERRERO
 REGISTRO CIVIL
 100

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

243

Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
2. CURP		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Muje <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. NACIONALIDAD Mexica <input type="checkbox"/> Ot <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		6. PESO Kilogramos Gramos		7. TALLA Metros Centímetros	
9. 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 cumplidos		8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año			
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorcedo(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
11. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vive al fallecido					
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaria de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>		15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN					
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
20. 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	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE MENOS DE 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 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"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicios <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <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"/>	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:			
23.8 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión					
23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia		23.7.3 Localidad	
23.7.4 Municipio o delegación		23.7.5 Entidad federativa			
24. NOMBRE Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
25. CERTIFICADA POR					

DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS SERÁN LA 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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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

244



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	
LIBRO	ACTA No.	LOCALIDAD
MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

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 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 CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
B) _____
C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____ PUBLICO

DOMICILIO: _____

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

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. _____ DEL REGISTRO CIVIL
LIC. _____ FIRMA _____

SELLO DE LA OFICIALIA

CUBRERDO
REVISADO POR

Art. 110
Fracción VII
LFTAP
Motivación 1

Art. 113
Fracción
LFTAP
Motivación 2

Nº

Iguala de la independencia, Gro., a 02 del mes Noviembre del 2016.

Se autoriza al C. [REDACTED] con domicilio [REDACTED] tel. no. [REDACTED] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentarse la documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

ATENTAMENTE

C. [REDACTED]
DIRECTOR DE PANTEONES.

(33) 33 396 00 Ext. 150

residencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

246

Nº [Redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 19 del mes Noviembre del 2016.

Se autoriza a [Redacted] con domicilio [Redacted] tel. no. [Redacted] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [Redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa.
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE QUERÉTARO
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y FISCALÍA
FISCALÍA PARA EL CASO
OTZINAPA



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero



247

ESTADO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED] MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] PAIS: [REDACTED]

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] FOLIO: [REDACTED]

SEXO: HOMBRE [] MUJER []

NOMBRE: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

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

LUGAR DE NACIMIENTO: LOCALIDAD: [REDACTED] MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] PAIS: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: 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 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: [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 Y FIRMAS QUE PRESENTO REQUISITOS.

SECRETARÍA DE LA REPUBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIONES FORENSES
PARA EL CASO
ZINAPAPA

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.



GUERRERO
POR NUESTRA TIERRA

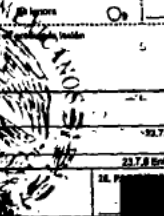
SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

248

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO DEBEN SER PROTEGIDOS DE ACUERDO A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO		Apellido paterno		Apellido materno	
2. SEXO		3. EDAD		4. NACIONALIDAD	
5. MARILABIA ALBINA LEONISA SECRETARIA?		6. PESO		7. TALLA	
8. ESTADO CIVIL		9. ESTADO CONYUGAL		10. ESTADO CONYUGAL	
11. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		12. ESCOLARIDAD		13. TIPO DE OBTENCIÓN DE LA DEFUNCIÓN	
14. APLICACIÓN A BENEFICIO DE SALUD		15. TIPO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		19. ¿FUE PRÁCTICO AUTÓPSICA?	
20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 15 A 64 AÑOS		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		22. SI LA DEFUNCIÓN FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
23. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL		24. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		25. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL	



INVESTIGACIÓN

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



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

249



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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)

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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] 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
PRESENTO REQUISITOS.-

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

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
LIC. [REDACTED]



GUERRERO
SECRETARIA

Art. 110
Fracc. V-VII
LFTAI
Motivación 1

INTERESADO

Art. 113
Fracc. I
LFTAI
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

250



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO
SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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)
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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: C [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
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
LIC. [REDACTED]

GUERRERO
NO NECESITA TODOS
LOS DATOS
CIVILES

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (AZUL) Y LA 2ª COPIA (ROSA) PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR SEMEFO, ÉSTOS CONSERVADOS. JUAN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
2. CURP		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. NACIONALIDAD Mexican <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		6. PESO Kilogramos Gramos		7. TALLA 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		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorcedo(a) <input type="checkbox"/> Vido(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		8.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento	
11. RESIDENCIA HABITUAL 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa, o país (al residir en el extranjero)		12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación			
14. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/>		15.1 Nombre de la unidad médica		15.2 Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES)	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/> d) <input type="checkbox"/> Causas antecedentes: Estados morbosos, si alguno de ellos produjo la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Circunstancias psicológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado morbo que la produjo		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE	
22. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 AÑOS DE EDAD O MÁS? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 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"/>		22.2 ¿Las causas básicas comenzaron con el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
23. ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECÍFICAMENTE? 23.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 23.3 ¿En qué circunstancias ocurrió la muerte? Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (bello, ordenado, 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 servicios <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		23.4 ¿Qué parentesco tenía al presunto agresor con el(a) fallecido(a)? 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"/>		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión		23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa			
24. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		27. ¿EL CERTIFICANTE ES MÉDICO? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		29. TELÉFONO			

Diciembre
2016



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA DE INVESTIACIONES
Y TURISMO
SECRETARÍA DE ECONOMÍA

2a. Ampliación
Panteón Mpal.



253

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 25 del mes DICIEMBRE del 2015.

Se autoriza al C. [redacted] con domicilio en [redacted]

tel. no. [redacted] a inhumación de la persona que en vida [redacted] al nombre de [redacted]

persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

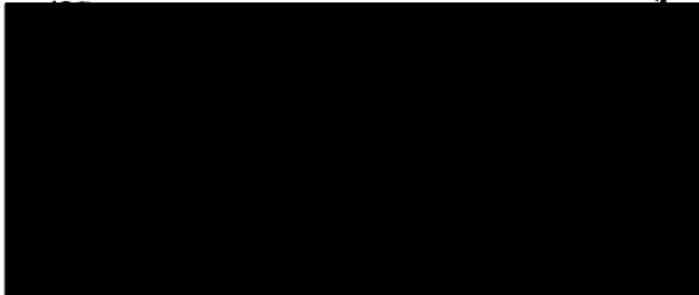
- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de 100 días hábiles.

Permiso válido únicamente sábado, domingo y días festivos.

ERAL DE LA REPÚBLICA,
IAL DE INVESTIGACIÓN
IÓN PARA EL CASO



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
STITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
ANTEONE
013-2015
NSP/ENCUENTRO DE SERVICIOS

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Enero

2017



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
DE INVESTIGACIONES
Y PALEONTOLOGÍA
MEXICANA

2a. Ampliación
Panteón Mpal.

255



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

NOMBRE(S): [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: 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] ESTADO CIVIL: [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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] 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: [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 PARA EL CASO
TIZINAPA

FIRMAS

[REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO

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 SU HUELLA DIGITAL.



GUERRERO
POR NECESIDAD TODOS

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. SERVICIOS DE REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SERVICIOS DE REGISTRO CIVIL, ENTREGUE LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. CURP		3. SEXO	4. NACIONALIDAD
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO	7. TALLA	8. FECHA DE NACIMIENTO	
9. EDAD CUMPLIDA		10. ESTADO CONYUGAL		11. ESCOLARIDAD	
12. ESCOLARIDAD		13. ESTADO CONYUGAL		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		19. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		20. ¿SE PRACTICÓ NECROSCOPÍA?	
21. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO?		23. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
24. NOMBRE		25. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A)		26. CERTIFICADA POR	
27. SI EL CERTIFICADO...		28. NOMBRE		29. TELÉFONO	
30. SI EL CERTIFICADO...		31. NOMBRE		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

257

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº [REDACTED]

Iguala de la independencia, Gro., a 14 del mes ENERO del 2017.

Foso Común

Se autoriza al C. [REDACTED] con domicilio en [REDACTED] tel. no. [REDACTED] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso válido únicamente sábado, domingo y días festivos.



AL DE LA REPUBLICA.



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

258



ESPECIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____
 LIBRO: _____ ACTA No.: _____ LOCALIDAD: _____
 MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____
 FINADO: _____ SEXO: HOMBRE _____ MUJER _____
 NOMBRE: _____ NOMBRES) _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO) _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ 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 DEFUNCION: _____ HORA: _____
 LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION _____ CREMACION _____ NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: _____
 SITUACION: _____ ORDEN NO.: _____
 DONDE FALLECIO: _____
 CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____ B) _____ C) _____
 TIPO DE DEFUNCION: _____
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____
 DOMICILIO: _____
 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
 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.



GUERRERO
REGISTRO CIVIL

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

259



ESTADUAL: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

NOMBRE (N): [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)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) 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 [REDACTED] REMACION [REDACTED] 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]

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] TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO

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



GUERRERO
MÁS NECESARIA TODOS

10

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

260

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 CON LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
2. CURP	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 99 Muje <input type="radio"/> 98	4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Otr <input type="radio"/> 97 Se ignora <input type="radio"/> 99
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input type="radio"/> 9 Sí <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 9	6. PESO Kilogramos Gramos	7. TALLA 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 numérico	9. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorcedo(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09		
11. RESIDENCIA HABITUAL (Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) 11.1 Calle y núm. 11.2 Colonia 11.3 Localidad 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 08 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 09 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otr <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09 Hogar <input type="radio"/> 08 Vía pública <input type="radio"/> 12 Otro lugar <input type="radio"/> 98		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Hora Minutos		
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Entre señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfiksia, 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"/> Causas antecedentes: Estados morbosos, afecciones agudas, que produjeron la causa congnada 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		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05		22.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un accidente: Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
23.3 ¿La causa anotada fue: Vivienda particular <input type="radio"/> 01 Vivienda colectiva (caso, ordena, etc.) pública <input type="radio"/> 02 Calle o carretera <input type="radio"/> 04 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? Industria (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (haccho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <input type="text"/>		
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión: <input type="text"/>		
23.7 Sólo en caso de accidente anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa		
24. NOMBRE DEL P.F.E. Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PARIENTES CON EL(LA) FALLECIDO(A) <input type="text"/>
26. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 06		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional <input type="text"/>
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		29. TELÉFONO <input type="text"/>
30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE <input type="text"/>		31. FIRMA <input type="text"/>
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año <input type="text"/>		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. Libro Num. Acta Num.		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 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

261



OFICINA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____
 LIBRO: _____ ACTA No. _____ LOCALIDAD: _____
 MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO
 NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER
 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 N.º, 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 CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: _____
 UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____
 DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
 B) _____
 C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCION: _____
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____
 DOMICILIO: _____

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
 TESTIGO _____
 DECLARANTE _____
 TESTIGO _____

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

GUERRERO
 REG. CIVIL
 10
 GUERRERO

Febrero

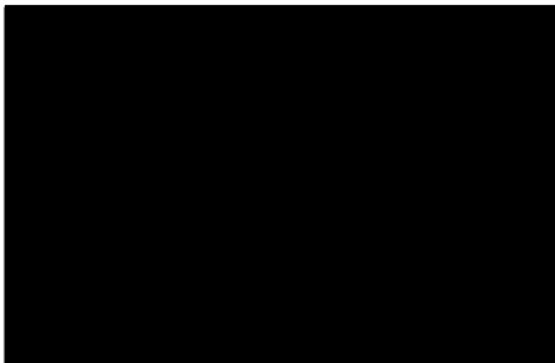
2017



2a. Ampliación
Panteón Mpal.

Iguala Gro, a 28 febrero de 2017

Se autoriza a la C. [REDACTED] Fosa en Temporalidad (prestada) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [REDACTED] en la [REDACTED]



PLANEAMIENTO MUNICIPAL
MUNICIPAL DE IGUALA, GRO
PANTEONES
2015 - 2018
EFICIENCIA Y DESARROLLO



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
Y PROTECCIÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

264



CUERNAVACA
GOBIERNO MUNICIPAL



ESTAMOS
CONTIGO

DEPENDENCIA: SECRETARIA DEL AYUNTAMIENTO

SECCIÓN: OFICIALÍA 01 DEL REGISTRO CIVIL.
NUM. DE OFICIO: ORC01
EXPEDIENTE:

"Año del Centenario de la Soberana Convención Revolucionaria en el Estado de Morelos 1916-2016"

Asunto: Traslado de cadáver.

OFICIAL Ó JUEZ DEL REGISTRO CIVIL DE:

IGUALA, GUERRERO.

Presente.

Adjunto al presente, copia certificada del acta de defunción número [redacted] del [redacted] cadáver o cenizas del finado: [redacted] que previo cumplimiento de los requisitos que marca la ley va a trasladarse a ese lugar para su [redacted] en el panteón o crematorio [redacted]

ERAL DE LA REPÚBLICA

Debiéndose cumplir previamente los requisitos que se establecen en los artículos 340, 341, 344 y demás relativos a la Ley General de Salud

FEBRERO, 2017.

los datos contenidos en el cuadro del anexo suscribir



CALLE MOTOLINÍA NO. 2 ANTES 13 / ESQ. NETZAHUALCÓYOTL / COL. CENTRO / C.P. 62000 / TEL. 329.5500

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

FOLIO

265

En nombre del Sr. [Redacted] Superando 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:

ACTA DE DEFUNCION

CRIP -----
CURP -----

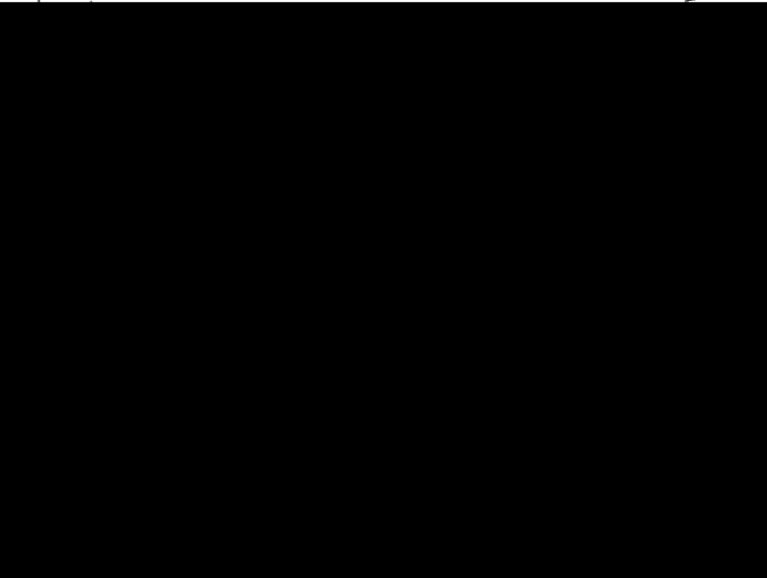
OFICIALIA	LIBRO No	ACTA No.	LOCALIDAD	FECHA DE REGISTRO
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
MUNICIPIO O DELEGACION		ENTIDAD FEDERATIVA		
[Redacted]		[Redacted]		

DATOS DEL FINADO

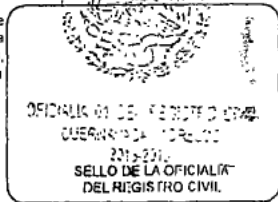
NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
NACIONALIDAD	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD DEL FINADO
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
DOMICILIO: Calle, N.Int, N Ext, Col.		LOCALIDAD	MUNICIPIO
[Redacted]		[Redacted]	[Redacted]
ENTIDAD	PAIS	ESTADO CIVIL	
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	

DATOS DEL FALLECIMIENTO

FECHA Y HORA DE DEFUNCION	LUGAR DE LA DEFUNCION		
[Redacted]	[Redacted]		
TIPO DE LA MUERTE	NOMBRE DEL CERTIFICANTE	CEDULA EN CASO DE SER MEDICO	CERTIFICADO No
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
NOMBRE DEL CONYUGE	NOMBRE DEL PADRE	NOMBRE DE LA MADRE	
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	
CAUSA(S) DE LA DEFUNCION			
A) [Redacted] AL DE LA REPUBLICA			
B) [Redacted] AL DE INVESTIGACION			
EN PARA EL CASO			
TZINAPA.			



Civil Num [Redacted]
os datos de la
as sus letras,
el que tuve a la



10/02/2017 15:13:11
FECHA DE EXPEDICION

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

NOMBRE DEL FALLECIDO Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

2. CURP 3. SEXO Homb. Muje Se ignora 4. NACIONALIDAD Mexican Otr Se ignora

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? 6. PESO Kilogramos Gramos 7. TALLA Metros Centímetros 8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año

9. 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

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: 10. ESTADO CONYUGAL En unión libre Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Soltero(a) Casado(a) Se ignora

11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federaliva o país (si residía en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD Ninguna Primaria incompleta Secundaria incompleta Bachillerato o preparatoria incompleta Profesional Se ignora Preescolar Primaria completa Secundaria completa Bachillerato o preparatoria completa Posgrado 13.1 Trabajaba S N Se ignora

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otr IMSS PEMEX SEMAR IMSS Oportunidades Se ignora 14.1 Número de seguridad social o afiliación

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Unidad médica privada 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Vía pública Otro lugar Hogar Se ignora

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federaliva

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? S N Se ignora 19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? S N

20. 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) Debido a (o como consecuencia de) 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) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 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 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente Homicidio Suicidio Se ignora 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicios Escuela u oficina pública Área industrial (taller, fábrica u obra) Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora 23.4 ¿Hubo parentesco o el presunto agresor con el(los) fallecido(s)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federaliva

24. NOMBRE - Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno 25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

26. CERTIFICADA POR Médico tratante Médico legista Otro médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional

28. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno 29. TELÉFONO

30. DOMICILIO 31. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 1 Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

267

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG.

1. NOMBRE (Nombre(s) [redacted] Apellido paterno [redacted] Apellido materno [redacted])		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Muje <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexican <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
2. CURP [redacted] Se ignora <input type="radio"/>		6. PESO [redacted] Kilogramos [redacted] Gramos		7. TALLA [redacted] Metros [redacted] Centímetros	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		9. 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		8. FECHA DE NACIMIENTO [redacted]	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento. [redacted]			10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número [redacted] 11.2 Colonia [redacted] 11.3 Localidad [redacted] 11.5 Entidad federal/iva o país (si residía en el extranjero) [redacted]					
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>			13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
14. 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"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidad <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			14.1 Número de seguridad social o afiliación [redacted]		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud [redacted] IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>			15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [redacted] 15.1 Nombre de la unidad médica [redacted] 15.3 Tipo de establecimiento: Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [redacted] 16.2 Colonia [redacted] 16.3 Localidad [redacted] 16.4 Municipio o delegación [redacted] 16.5 Entidad federativa [redacted]					
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [redacted] Mes [redacted] Año [redacted] Horas [redacted] Minutos [redacted]			18. ¿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"/>		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) [redacted] Debido a (o como consecuencia de) [redacted] b) [redacted] Debido a (o como consecuencia de) [redacted] c) [redacted] Debido a (o como consecuencia de) [redacted] d) [redacted] Debido a (o como consecuencia de) [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 morboso que la produjo				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [redacted] Código CIE [redacted]	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 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"/>			22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue: un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.3 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 servicios <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [redacted]		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [redacted]			
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [redacted]			23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [redacted] 23.7.2 Colonia [redacted] 23.7.3 Localidad [redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [redacted] 23.7.5 Entidad federativa [redacted]		
24. NOMBRE (Nombre(s) [redacted] Apellido paterno [redacted] Apellido materno [redacted])			25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [redacted]		
26. 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"/>			27. ¿EL CERTIFICANTE ES MÉDICO? [redacted] Número de la cédula profesional [redacted]		
28. NOMBRE [redacted] Apellido paterno [redacted]			29. TELÉFONO [redacted]		
30. DOMICILIO [redacted]			32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [redacted] Mes [redacted] Año [redacted]		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [redacted] Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2			

SECRETARÍA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE GUERRERO

Marzo

2017

2a. Ampliación
Pantebón Mpal

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

269

OFICIALIA

FECHA DE REGISTRO

MUNICIPIO

ACTA No.

LOCALIDAD

ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE:

NOMBRE(S)

(PRIMER APELLIDO)

(SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

NACIONALIDAD:

ANOS MESES DIAS HORAS

LUGAR DE NACIMIENTO:

(LOCALIDAD)

(MUNICIPIO)

(ENTIDAD FEDERATIVA)

(PAIS)

DOMICILIO HABITUAL:

(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)

ESTADO CIVIL:

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

INHUMACION

CREMACION

NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO:

UBICACION:

ORDEN NO.:

DONDE FALLECIO:

CAUSAS DE LA MUERTE: A)

B)

C)

TIPO DE DEFUNCION:

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO:

NO. DE CEDULA PROFESIONAL:

DOMICILIO:

DECLARANTE

NOMBRE:

PUBLICACION

EDAD:

NACIONALIDAD:

PUBLICACION

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

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. DEL REGISTRO CIVIL
LIC.



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCION
JALA DE LA INDEPENDENCIA
OFICIALIA DE
REGISTRO
2015-2016

Art. 110
Fracción VII
LFTAIP
Motivación 1

INTERESADO

Art. 113
Fracción
LFTAIP
Motivación 2

GUERRERO
MEXICO



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO 270

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) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Muje <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. ENTIDAD Entidad federaliva o país (si nació en el extranjero) _____
5. CURP _____		
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/>		
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoto 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 federaliva o país (si reside en el extranjero) _____		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99		
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>		
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		
13.1 Número de seguridad social o afiliación _____		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 8 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9		
14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		
14.3 Nombre de la vía pública _____ 14.4 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12 Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 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 federaliva _____		
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? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoto una sola causa en cada renglón. Evite utilizar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) 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 b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ 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 morbooso 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="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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/>		
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
22.4 Anoto la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) Area industrial (taller, fábrica u otra) <input type="checkbox"/> 0 Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> 1 Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
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 Anoto el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____		
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 _____		

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="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico* <input type="checkbox"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil <input type="checkbox"/> 5 Otro* <input type="checkbox"/> 8 *Especifique _____		
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 _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federaliva _____ 29.11 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 federaliva _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____		



Art. 113 Fracc. VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. II LFTAIP Motivación 2

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

27



ESTADALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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] 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 [REDACTED] REMACION [REDACTED] 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. [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL
LIC. [REDACTED]



Art. 110
Folio V. VI
L. 11. 11. 11

Art. 113
Folio

2011 8v
-WOP SAIL

272



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.

INTEGRAL 1

CARPETA DE INVESTIGACIÓN :

OFICIO NÚM.: 3307

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (13) TRECE DIA(S) DEL MES DE MARZO DEL DOS MIL DIECISIETE

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 signature block]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

H. COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLKSWAGEN

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

felicitacion

273

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL
ACTA DE DEFUNCION
 CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____
 LIBRO: _____ ACTA No.: _____ LOCALIDAD: _____
 MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA ENTIDAD FEDERATIVA: _____
 FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER
 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 CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: _____
 UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____
 DONDE FALLECIO: _____
 CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
 B) _____
 C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____
 DOMICILIO: _____

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: _____ TESTIGO: _____
 PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES SON EL INTERVENIENTE Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. _____ DEL REGISTRO CIVIL
 LIC. _____



GUERRERO
 GOBIERNO DEL ESTADO
SECRETARÍA DE GOBIERNO
 REGISTRO CIVIL

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

DE SALUD EN UN PERIODO MAXIMO DE 10 DIAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICION... DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA GUBERNAMENTAL...

Main form containing sections: 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, 9. ESTADO CONYUGAL, 10. RESIDENCIA HABITUAL, 11. ESCOLARIDAD, 12. TRABAJABA, 13. AFILIACION 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 LESIONES DE LA MUERTE?, 18. SE PRACTICÓ NECROPSIA?, 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN, 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN, 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS, 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE, 23. NOMBRE DEL INF., 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A), 25. CERTIFICADA POR, 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, 27. NOMBRE, 28. FIRMA, 29. DOMICILIO Y TELÉFONO, 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN, 31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO, 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE



Art. 143 LFTAI Motival 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

275

LOS DATOS PERSONALES SE DEBEN PROTEGER CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAMENTAL, Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA 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 checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____			
5. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> OTRA _____ 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: _____	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Vido(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" 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 Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (s) 10.1 Tipo de 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 Ninguna <input 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"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completada <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN MARITAL Trabajaba <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12.1 Trabajaba _____ Se ignora <input type="radio"/>	
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"/> IMSS <input type="radio"/> PEME <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <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 type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad Médica <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 (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 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 _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? 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 (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) 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 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 type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas se relacionaron con el embarazo, parto o puerperio? Sí <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? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
22.3 Si la defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina 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"/>	
22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____		22.6 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7 Tipo de vialidad _____ 22.7.1 Nombre de la vialidad _____ 22.7.2 Núm. Exterior _____ 22.7.3 Núm. Interior _____ 22.7.4 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.5 Nombre del 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(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* _____ *Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de identificación profesional _____	
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
28. DOMICILIO y TELÉFONO 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 _____ 28.11 Teléfono _____			
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 _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. _____ 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
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

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

276



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
 MUNICIPIO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
 ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
 (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR 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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]
 UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
 B) [REDACTED] DE INVESTIGACION
 C) [REDACTED] PARA EL CASO
 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
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. [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL
 LIC. [REDACTED]

 AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
 OFICIALIA 01111
 REGISTRO CIVIL
 2015-2018

GUERRERO
MEXICO
CIRREACION

277



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.

INTEGRAL 1

CARPETA DE INVESTIGACIÓN :



OFICIO NÚM.: 3306

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO, (13) TRECE DIA(S) DEL MES DE MARZO DEL DOS MIL DIECISIETE



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]

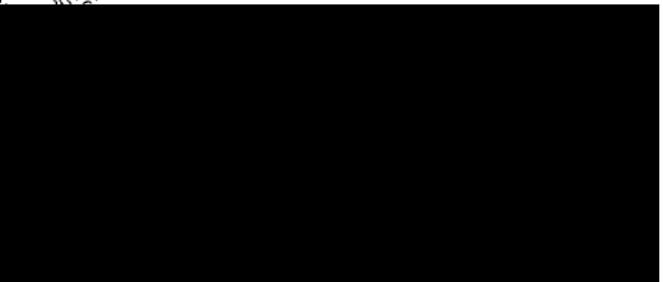
Fecha del deceso: [REDACTED]

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.



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

H. COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLSKSWAGEN

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017
FOLIO

278

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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____				
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Homb <input type="checkbox"/> Mu <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. ENTIDAD Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> 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 Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
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 residía en el extranjero) _____		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica pública <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 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 _____		
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? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN 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="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 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"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? S <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? S <input type="checkbox"/> No <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? S <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
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 Núm. Exterior _____ 22.7.2 Núm. Interior _____ 22.7.3 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.4 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.5 Código Postal _____ 22.7.6 Localidad _____ 22.7.7 Municipio o delegación _____ 22.7.8 Entidad federativa _____		22.8 Localidad _____ 22.9 Municipio o delegación _____ 22.10 Entidad federativa _____ 22.11 Teléfono _____		22.9 Localidad _____ 22.10 Entidad federativa _____ 22.11 Teléfono _____
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico* <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/> Especifique _____		26. _____		
27. NOMBRE Nombre(s) _____		28. _____		
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre del asentamiento humano _____ 29.3 Código Postal _____ 29.4 Localidad _____ 29.5 Municipio o delegación _____ 29.6 Entidad federativa _____ 29.7 Teléfono _____		29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 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 _____		



Art. 110 Fracc. I LFTAI Motivación 1

Art. 113 Fracc. II LFTAI Motivación 2

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

279



OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____

LIBRO: _____ ACTA No.: _____ LOCALIDAD: _____

MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO: _____ SEXO: HOMBRE _____ MUJER _____

NOMBRE: _____ 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: _____

(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 _____ CREMACION _____ NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____ B) _____ C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____ INVESTIGACION

DOMICILIO: _____

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

GUERRERO
NO NECESITA TENDR
CARRERA 110
CARRERA 110

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. _____ DEL REGISTRO CIVIL
LIC. _____ FIRMA _____

H. AYUNTAMIENTO
SELLO DE LA OFICINA
CONSTITUCIONAL
DE LA INDEPENDENCIA
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

Art. 100
Fracción IV
LFTAIP
Motivación 1

INTERESADO

LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



280

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
 MUNICIPIO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
 ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

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

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
 NOMBRE DE LA CALLE N.º EXTERIOR INTERIOR: [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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] 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] DE INVESTIGACION

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] DECLARANTE

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]

SE DIO LECTORA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN EN PRESENCIA DEL REGISTRADO Y DE LOS TESTIGOS, LOS CUALES INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

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

SE
 DE LA OFICIALIA
 H. AYUNTAMIENTO
 CONSTITUCIONAL
 DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
 OFICIALIA 04 DEL
 REGISTRO CIVIL
 2015-2018

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

INTERESADO

Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación-2

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

281

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 SONALES 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 INF.

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] 3. SEXO Hombres [Redacted] Mujeres [Redacted] Se ignora [Redacted] 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]

5. CURP [Redacted] 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI [Redacted] No [Redacted] Se ignora [Redacted] 7. NACIONALIDAD Mexicana [Redacted] Otra [Redacted] Especifique [Redacted]

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 [Redacted] Se ignora [Redacted]

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted] 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) [Redacted] Viudo(a) [Redacted] Casado(a) [Redacted] En unión libre [Redacted] Divorciado(a) [Redacted] Soltero(a) [Redacted] Se ignora [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 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 Ninguna [Redacted] Preescolar [Redacted] Secundaria [Redacted] Bachillerato preparatoria [Redacted] Profesional [Redacted] Se ignora [Redacted]

11.1 La escolaridad seleccionada es. Completa [Redacted] Incompleta [Redacted] Se ignora [Redacted] 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba [Redacted] No [Redacted] Se ignora [Redacted]

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

14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]

14.3 Tipo de vivienda [Redacted] 14.4 Nombre de la vivienda [Redacted]

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 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 [Redacted] No [Redacted] Se ignora [Redacted]

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI [Redacted] No [Redacted]

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) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

d) [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

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 Especificar 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? SI [Redacted] No [Redacted]

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI [Redacted] No [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? SI [Redacted] No [Redacted] Se ignora [Redacted]

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular [Redacted] Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) [Redacted] Escuela u oficina pública [Redacted] Área deportiva [Redacted] Calle o carretera (vía 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 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]

23. NOMBRE [Redacted] 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

25. CERTIFICADA POR Médico tratante [Redacted] Médico legista [Redacted] Otro médico [Redacted] Persona autorizada por la Secretaría de Salud [Redacted] Autoridad civil [Redacted] Otro [Redacted] Especifique [Redacted]

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] Número de [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 [Redacted] 29.4 [Redacted]

29.5 [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 [Redacted]

29.8 Localidad [Redacted] 29.9 [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA [Redacted] 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Redacted]

Fracc. V, V [Redacted]
MOTIVACIÓN 1

MOTIVACIÓN 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

282



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ESTADO: [REDACTED] RATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] ANOS [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) [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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] 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 CERTIFICÓ LA DEFUNCION: [REDACTED] DE LA REPUBLICA [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED] VESTIGACION [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
PRESENTÓ REQUISITOS.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

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

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

OFICIA DE LA OFICIALIA
AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE LA INDEPENDENCIA, GRO.

OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

283

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 SONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL... 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 INF.

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
8. EDAD CUMPLIDA		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento		8.2 Semanas de gestación		9. ESTADO CONYUGAL	
10. RESIDENCIA HABITUAL		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		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
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		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 tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
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 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
27. NOMBRE		28. FIRMA		29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
29.1 Nombre del asentamiento humano		29.2 Localidad		29.3 Municipio o delegación		29.4 Entidad federativa	
29.5 Código Postal		29.6 Localidad		29.7 Municipio o delegación		29.8 Localidad	
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	

Art. 113
Fracc. V, VI
Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental

Art. 113
Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental

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] COMUNIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] NOMBRE(S) [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] ANOS [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] 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] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMADO [REDACTED] REPOSADO [REDACTED] JUNTA 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 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. [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL
LIC. [REDACTED]

ELLO DEL ANOTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
"LA DE LA INDEPENDENCIA" GRO
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018.

GUERRERO
REGISTRO CIVIL

1010

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

INTERCARGADO

LFTAIP
Motivación 2



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016

FOLIO

285

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVA LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____			
2. CURP _____	3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Muje <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. NACIONALIDAD Mexican <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____	7. TALLA Metros _____ Centímetros _____	
8. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____			
9. 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="checkbox"/>			
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
11. RESIDENCIA HABITUAL 11.1 Calle y número _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Localidad _____ 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____			
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria Incompleta <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE 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"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Via pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN _____ y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minutos _____		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN 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) _____ 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 _____ Código CIE _____
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 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"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
23.3 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"/>		23.4 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____	
23.7 Sólo en caso de accidentes, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
24. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
28. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____		29. TELÉFONO _____	
30. DOMICILIO Fracc. _____		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL Motivación 1		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____	



COORDINACIÓN
SEMEFO
IGUALA

L REG. MOTIVACIÓN 1

LFTAI P MOTIVACIÓN 2

286



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
UNIDAD DE INTEGRAL 3.

CARPETA DE INVESTIGACIÓN



OFICIO NÚMERO:

2837

ASUNTO: Se solicita registro de defunción.

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (2) DOS DIA(S) DEL MES DE MARZO DEL DOS MIL DIECISIETE

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.
P R E S E N T E.

Por medio del presente solicito a Usted, se sirva registrar la defunción de la persona del sexo [redacted] que falleció el [redacted] en el [redacted] del centro de [redacted]

DE LA REPUBLIC.
DE INVESTIGACIÓN

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Religion:

Estado civil:

Instrucción:

Ocupación:

Originario:

Nacionalidad:

Domicilio actual:

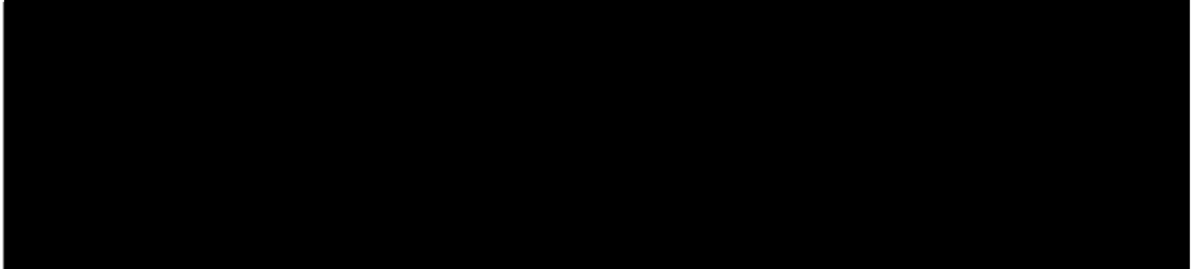
Padres:

Lugar y fecha de muerte:

Causa de muerte:

Doctor que Dictamino:

Inhumado:



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

H. COLEGIO

SEN

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Abri



GENERAL DE LA REPUBLICA
DIRECCION GENERAL DE INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE NAPA

2017

2a. Ampliación
Panteón Mpal.

Iguala Gro., a 18 abril de 2017.

Se autoriza a la C. [REDACTED] **La condonación del pago de Inhumación y Apertura de fosa, de la persona que en vida llevo el nombre de:** [REDACTED] **en el** [REDACTED]

TO MUNICIPAL
DE IGUALA, GRO.
IONES
2018
Y DESARROLLO



DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
PARA EL CASO
ZINAPA



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017
FOLIO

289

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

CA EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE OCHO (8) HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. *SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE OCHO (8) HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido		
2. FORMA DE NACIMIENTO			3. SEXO			4. EDAD			5. CURP		
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			7. NACIONALIDAD			8. EDAD CUMPLIDA			9. ESTADO CONYUGAL		
10. RESIDENCIA HABITUAL			11. ESCOLARIDAD			12. TRABAJABA			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. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN			21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS			22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		
23. NOMBRE			24. PARENTESCO CON EL FALLECIDO(A)			25. CERTIFICADA POR			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
27. NOMBRE			28. NOMBRE			29. DOMICILIO Y TELÉFONO			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			33. NOMBRE Y FECHA DE REGISTRO			34. MOTIVACIÓN		

DEL REG. CIVIL

ATENCION: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA 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

290



MUNICIPALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
 MUNICIPIO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
 ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
 ESTADO CIVIL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)

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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] 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]
 DE INVESTIGACION PARA EL CASO
 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]
 DECLARANTE
 PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
 NIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

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



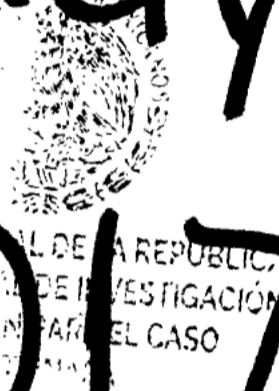
GUERRERO
MOSNEGA 1000
CIERRE

Art. 116
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

INTERESADO

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Mayo
2017



2a. Ampliación
Panteón Mpal.

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

292

DERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL,
DERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSERIÓN DE LOS PARTICULARES.

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LE
LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA I

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____				6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input 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 _____ Se ignora <input type="checkbox"/>		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento. _____		8.2 Semanas de gestación. _____		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
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 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____		10.9 Nombre del asentamiento humano _____		10.10 Nombre del asentamiento humano _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>				11.1 La escolaridad seleccionada es. Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="checkbox"/>	
12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación. _____		13.2 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"/> IMSS PROSPER <input type="checkbox"/> SSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>		14.1 Nombre de la unidad médica _____		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		14.3 Tipo de vía pública <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
14.4 Dirección del sitio donde sucedió la defunción _____		14.5 Tipo de vía pública _____		14.6 Nombre del establecimiento humano _____		14.7 Nombre del establecimiento humano _____	
14.8 Código Postal _____		14.9 Tipo de vía pública _____		14.10 Nombre del establecimiento humano _____		14.11 Nombre del establecimiento humano _____	
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? Se ignora <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada fila. Indicar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)	
19.1 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____		19.2 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 _____	
19.3 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="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 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"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		21.4 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		21.5 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		21.6 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <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? Sí <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 industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.4 Anotar 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 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 _____		22.8 Nombre del asentamiento humano _____	
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="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FIRMA DEL CERTIFICANTE _____		29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE Tipo de vialidad _____ Nombre de la vialidad _____ Asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____		29.4 Nombre del asentamiento humano _____	
29.1 Nombre del asentamiento humano _____		29.2 Nombre del asentamiento humano _____		29.3 Nombre del asentamiento humano _____		29.5 Nombre del asentamiento humano _____	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		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 _____		32.5 Nombre del asentamiento humano _____	

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

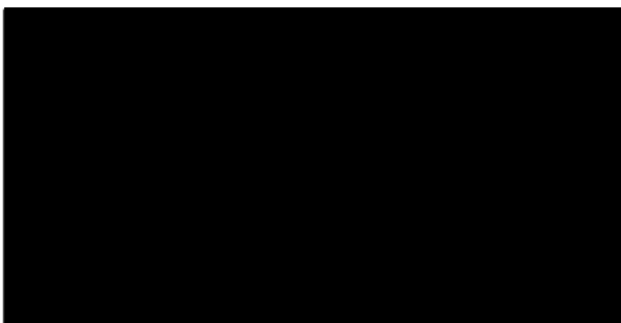
Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

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

Iguala Gro, a 11 mayo de 2017

Se autoriza al C. [REDACTED] Fosa en Temporalidad (prestada) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [REDACTED] en la [REDACTED]



MUNICIPAL
IGUALA, GRO
ONES
2018
DESARROLLO



INSTITUTO FEDERAL DE LA REPUBLICA
FEDERAL DE INVESTIGACION
FEDERAL PARA EL CASO
FEDERAL

Nº [Redacted]

[Redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 12 del mes Julio del 2015.

Se autoriza al C. [Redacted] con domicilio [Redacted]

tel. no. [Redacted] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [Redacted]. La

persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentarse documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

ESTADO DE LA REPUBLICA
SECRETARIA DE INVESTIGACIONES
FONDATA EL CASO
MOTIVADA

[Redacted Signature]

AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
SECRETARIA DE INVESTIGACIONES
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

295

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

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, Y A 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] 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? [Redacted] 7. NACIONALIDAD [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 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]

11. ESCOLARIDAD [Redacted] 11.1 La escolaridad seleccionada es [Redacted] 12. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted]

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 Establecimientos de Salud (CUES) [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 [Redacted]

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted] 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? [Redacted] 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? [Redacted]

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa que produjo la defunción. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

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

a) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] **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

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] 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]

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] Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) [Redacted] Escuela u oficina pública [Redacted] Área deportiva [Redacted] Calle o carretera (vía 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 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) 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]

23. NOMBRE DEL INF. [Redacted] 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante [Redacted] Médico legista [Redacted] Otro médico [Redacted] Persona autorizada por la Secretaría de Salud [Redacted] Autoridad civil [Redacted] Otro [Redacted] Especifique [Redacted]

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] 27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted] 28. [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 [Redacted]

31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 31.1 Localidad [Redacted] 31.2 Municipio o delegación [Redacted] 31.3 Entidad federativa [Redacted] 31.4 Fecha de inscripción [Redacted]

32. MOTIVACIÓN: 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted]

Fracc. I LFTAIP Motivación 1 Fracc. I LFTAIP Motivación 2



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

[Redacted]

296

AL DE TRANSPARENCIA Y AL CESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL,
 RAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

AL DE TRANSPARENCIA Y AL CESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL,
 RAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(a) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]	
2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted]	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD [Redacted] Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
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"/> 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 <input type="radio"/>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]	
8.2 Semanas de gestación: [Redacted]	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle [Redacted] No. [Redacted] Colonia [Redacted] Ciudad [Redacted] Estado [Redacted] País [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 <input 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"/> La escolaridad seleccionada es: [Redacted] Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
12. COBERTEJA SOCIAL Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]	
14.2 Clave de unidades de Salud (CLUES) [Redacted]	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle [Redacted] No. [Redacted] Colonia [Redacted] Ciudad [Redacted] Estado [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] Hora [Redacted] Minutos [Redacted]	
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"/>	
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] ELIC. b) [Redacted] EL CASO 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 morbooso 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"/>	
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 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 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: [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]	
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(a) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]	
24. RELACIÓN CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
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 [Redacted]	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Nombre [Redacted] No. [Redacted] Especialidad [Redacted]	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE: Nombre(a) [Redacted] Primer Apellido [Redacted]	
29. DOMICILIO y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE: Calle [Redacted] No. [Redacted] Colonia [Redacted] Ciudad [Redacted] Estado [Redacted] País [Redacted]	
29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]	29.7 Código Postal [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 OFICINA REGISTRAL DE: Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: Municipio o delegación [Redacted] Entidad federativa [Redacted] Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	

Art. 110

Art. 113

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



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

FOLIO

297

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 INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. EN
Día Mes Año		Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD
Se ignora <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	Mexicana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL	
Para menores de una hora: Minutos		Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
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:	
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
10.7 Código Postal		10.8 Localidad	10.9 Municipio o delegación
		10.10 Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL
Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15. DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra Unidad pública <input type="checkbox"/>	Vía pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
		14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
		15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior
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 type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Si se practicó necropsia, anote los motivos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)			
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			
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 morbo que la produjo			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 34 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:		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 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		22.3 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		Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (salto, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
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?	
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
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
22.7.7 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		28. SI EL CERTIFICANTE ES	
Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> *Especifique		Número de	
27. NOMBRE		28. FIRM	
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30.	
29.1 Tipo de vivienda		29.2 Nombre de la vivienda	29.3 Núm. Exterior
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
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
Núm. Libro Núm. Acta Núm.		32.1	
Art. 110		32.2 Municipio o delegación	32.3 Entidad federativa
		32.4 Día	32.5 Mes
			Año

Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

298



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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] 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 [REDACTED] REMACION [REDACTED] MBRE 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] E LA REPUBLICA

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] A [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]

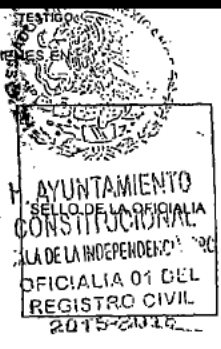
GUERRERO
SECRETARÍA DE JUSTICIA Y FERIA
SECRETARÍA DE SALUD

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

EL C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL



Art. 10
Frac. V. III
LFTAIP
Motivación 1

INTERESADO

Art. 13
Frac. I
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

299

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 POSICIÓN DE LOS 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		Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD
Se ignora <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	Mexicana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL	10. RESIDENCIA HABITUAL
Para menores de una hora: Minutos		Separado(a) <input type="checkbox"/> Vuelto(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
Para menores de un día: Horas		6 2 Semanas de gestación	10.1 Tipo de vivienda
Para menores de un mes: Días		8 1 Folio del Certificado de Nacimiento	10.2 Nombre de la vivienda
Para menores de un año: Meses		10 2 Semanas de gestación	10.3 Num. Exterior
Para personas de un año o más: Años cumplidos		10 4 Num. Interior	10.4 Num. Interior
Se ignora <input type="checkbox"/>		10 5 Tipo de asentamiento humano	10.5 Tipo de asentamiento humano
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es	12. OCUPACIÓN HABITUAL
Ningun <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Tercera <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>	12.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
Bachillerato preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	13.1 Número de seguridad social o afiliación
Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.6 Nombre del asentamiento humano
15.3 Num. Exterior		15.4 Num. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano
15.7 Código Postal		15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación
15.10 Entidad federativa		15.11 Entidad federativa	15.12 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 type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	Código CIE
<p>PARTE I</p> <p>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) Debido a (o como consecuencia de)</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 morbooso que la produjo</p>		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		21.2 ¿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:		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/>		43 días a 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		22.3 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		Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcelas) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
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? <input type="checkbox"/>	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número
22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	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 Num. Exterior		22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad
22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa	22.7.11 Entidad federativa
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	Código CIE
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICADO FUE EMITIDO POR	Código CIE
Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Código CIE
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Especifique	Código CIE
27. NOMBRE		28. DOMICILIO y TELÉFONO	Código CIE
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido
28.1 Tipo de vivienda		28.2 Nombre de la vivienda	28.3 Nombre de la vivienda
28.4 Nombre del asentamiento humano		28.5 Código Postal	28.6 Localidad
28.7 Municipio o delegación		28.8 Entidad federativa	28.9 Teléfono
28.10 Entidad federativa		28.11 Teléfono	28.12 Día
28.13 Mes		28.14 Año	28.15 Año
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	Código CIE
Num. Libro Num.		32.1 Localidad	Código CIE
31.1 Ada Num.		32.2 Municipio o delegación	32.3 Entidad federativa
31.2 Entidad federativa		32.4 Día	32.5 Mes
31.3 Año		32.6 Año	32.7 Año

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

300



OFICIALIA FECHA DE REGISTRO

MUNICIPIO ACTA No. LOCALIDAD ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: 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 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 OBTENCION OMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO:

LUBICACION: ORDEN NO.:

DONDE FALLEGIO:

CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)

TIPO DE DEFUNCION: DE INVESTIGACION

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: SEPARAR EL CASO

NO. DE CEDULA PROFESIONAL:

DOMICILIO:

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.

[Redacted Signature]

[Redacted Signature]

[Redacted Signature]

[Redacted Signature]

A LA PRESENTE ACTA Y CONFIRMA LA PRESENTE ACTA Y CONFIRMA INTERVINIERON Y SABEN HACER

DO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. DEL REGISTRO CIVIL



GUERRERO
ACTA DE DEFUNCION

Art. 110
Fracc. 7th
LFTAIP
Motivación 1

INTERESADO

Art. 113
Fracc. 7th
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

301

ENI REGUE 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 DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, 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. FECHA DE NACIMIENTO [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 [Redacted] Se ignora

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted]

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

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 Localidad [Redacted] 10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Entidad federativa [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Localidad en el extranjero [Redacted]

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

12. OCUPACIÓN: 12.1 Trabajos [Redacted] Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ISSSTE IMSS PEMEX SEDENA SEMAR Seguro Popular IMSS PROSPER Otra Se ignora 13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPER ISSSTE SEDENA Otra unidad pública Unidad médica privada 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] 14.1 Tipo de establecimiento de salud [Redacted] 14.3 Tipo de habitación [Redacted] 14.4 Tipo de habitación en el extranjero [Redacted] 14.5 Tipo de habitación en el extranjero [Redacted] 14.6 Tipo de habitación en el extranjero [Redacted] 14.7 Tipo de habitación en el extranjero [Redacted] 14.8 Tipo de habitación en el extranjero [Redacted] 14.9 Tipo de habitación en el extranjero [Redacted] 14.10 Tipo de habitación en el extranjero [Redacted] 14.11 Hogar Se ignora 14.12 Tipo de habitación en el extranjero [Redacted]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: 15.1 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.2 Localidad [Redacted] 15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Localidad [Redacted] 15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Entidad federativa [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Localidad en el extranjero [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 sola causa o condición. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. a) Debido a [Redacted] b) Debido a [Redacted] c) Debido a [Redacted] d) Debido a [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 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

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 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]

23. NOMBRE DEL INF. [Redacted]

24. NOMBRE DEL(LA) FALLECIDO(A) [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: Número de la [Redacted]

27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE: [Redacted]

28. FIRMA DEL CERTIFICANTE: [Redacted]

29. DOMICILIO y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE: 29.1 Nombre(s) [Redacted] 29.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 29.3 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.4 Núm. Exterior [Redacted] 29.5 Núm. Interior [Redacted] 29.6 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: [Redacted]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA [Redacted] 31.1 Acta Núm. [Redacted] 31.2 Libro Núm. [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 32.2 Localidad [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] 32.5 Mes [Redacted] 32.6 Año [Redacted]

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

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

302

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.

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 Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
5. CURP [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>			
8.1 Follo del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		8.2 Semanas de gestación: [Redacted]	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted] 10.1 Tipo de vivienda: [Redacted]			
10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted]		10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]	
10.7 Código Postal [Redacted]		10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] 12.1 Trabajaba [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
13.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted] 14.2 Clave CIE de Establecimientos de Salud (CIE-ES): [Redacted]			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted] 15.2 Nombre de la vivienda: [Redacted]			
15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted]		15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]	
15.7 Código Postal [Redacted]		15.9 Municipio o delegación [Redacted]	
15.10 Entidad federativa [Redacted]		15.11 Teléfono [Redacted]	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Hora [Redacted] Minutos [Redacted]			
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
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] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] UN PARALELO CASO c) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] DEFINIDA d) [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 morbosos 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="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 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"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		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="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 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]		22.8 Localidad [Redacted] 22.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.10 Entidad federativa [Redacted]	
22.1 Tipo de vivienda [Redacted] 22.2 Nombre de la vivienda [Redacted]			
22.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.4 Núm. Interior [Redacted]		22.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]	
22.7 Código Postal [Redacted]		22.6 Nombre del asentamiento humano [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="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> *Especifique [Redacted]			
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de [Redacted] 28. FIRMA [Redacted]			
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [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]	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. [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]	
31.1 Acte Núm. [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]		32.7 Teléfono [Redacted]	

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

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 UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

303



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: 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: (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS) ESTADO CIVIL:

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.:

ONDE FALLECIO:

CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)

TIPO DE DEFUNCION: [Stamp: TRIBUNAL DE LA REPUBLICA]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCION: PARA EL CASO

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: DOMICILIO:

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.-

[Redacted signature area]

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

EL C. OFICIAL No. DEL REGISTRO CIVIL LIC. [Redacted]

FIRMA

BELLO DE LA OFICIALIA



GUERRERO
NO INSCRIBA TODOS



GRACIAS

Act 119
Fic 15
LFTAIP
Motivación 1

ARCHIVO

LFTAIP
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

304



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
 MUNICIPIO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
 ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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] 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] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]
 UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
 B) [REDACTED] BLIC
 C) [REDACTED]
 TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED] EN PARA EL CASO
 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] [REDACTED]
 DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

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. [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL
LIC. [REDACTED]



GUERRERO
CHILANGONILLO

Art. 140
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

INTERESADO

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

305

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.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____ Se ignora <input type="checkbox"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique _____ 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 _____ Se ignora <input type="checkbox"/>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____	8.2 Semanas de gestación: _____
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar 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 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Tercera <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
11.2 Trabajaba <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
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 pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	
14.1 Nombre de la unidad médica _____	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 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 Entidad federativa o país _____
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="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa principal y sus causas antecedentes) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ Código CIE _____ 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 e) _____ f) _____ g) _____ h) _____ i) _____ j) _____ k) _____ l) _____ m) _____ n) _____ o) _____ p) _____ q) _____ r) _____ s) _____ t) _____ u) _____ v) _____ w) _____ x) _____ y) _____ z) _____ Se ignora <input type="checkbox"/>	
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="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 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"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <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? Sí <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 industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.4 Anotar 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 Anotar 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 iratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique _____	
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 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 Entidad federativa _____ 28.10 Municipio o delegación _____ 28.11 Teléfono _____	
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Num. _____	
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

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

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

RFC: [Redacted] Folio Fiscal: [Redacted]
 No. de Serie del Certificado SAT: [Redacted]
 Fecha y Hora de Certificación: [Redacted]

Régimen [Redacted]
 Fecha de Expedición: [Redacted]
 Lugar de Expedición: [Redacted]

Recibo Electrónico [Redacted] No. de Certificado CSD [Redacted]

Cliente [Redacted]
 Dirección [Redacted]
 Colonia [Redacted] C. P. [Redacted]
 Localidad [Redacted] Estado [Redacted] R.F.C. [Redacted]

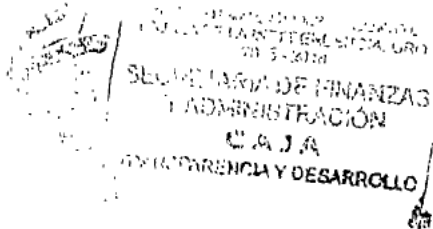
Forma de Pago	Condiciones de Pago	Método de Pago	Número de cuenta de pago
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Concepto del Recibo: [Redacted]

Cantidad	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Importe
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
Total			[Redacted]	[Redacted]

Importe con Letra: [Redacted]

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
 FORENSES PARA EL CASO
 OTZINAPA



Código digital del CFDI [Redacted]
 Código del SAT: [Redacted]

Código Original del complemento de certificación digital del SAT: [Redacted]



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

307

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 LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, SE APLICAN EN POSEREN EN POSEREN 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] Día Mes Año

3. SEXO: Hombre Mujer Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]

5. CURP [Redacted]

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

7. NACIONALIDAD: Mexicana 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 [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) En unión libre Divorcedo(a) Soltero(a) Se ignora

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 Código Postal [Redacted]

10.6 Localidad [Redacted] 10.7 Municipio o delegación [Redacted] 10.8 Entidad federativa [Redacted]

11. ESCOLARIDAD: Ninguna Preescolar Primaria Secundaria Tercera Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta Se ignora

11.2 ¿Estaba estudiando? SI No Se ignora

12.1 Trabajaba: SI No Se ignora

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

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: [Redacted]

15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Código Postal [Redacted]

15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [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

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

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

a) Debido a [Redacted]

b) Debido a [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 Especificar 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 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

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. [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 Especifique [Redacted]

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted]

27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted]

28. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE: [Redacted]

29.1 Tipo de vialidad [Redacted] 29.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 29.3 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.4 Nombre del asentamiento humano [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: Num. [Redacted] Libro Num. [Redacted] 31.1 Acta Num. [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

Art. 11B

Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

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



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION

308



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED]

SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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: [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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATATORIO: [REDACTED]

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

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

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

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED] INVESTIGACION [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICA 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]

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. [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL
LIC. [REDACTED]



GUERRERO
ACAHUAPAN
CHILANGULA
CHILANGULA

309

CUAUHTEMOC



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

ACTA DE DEFUNCION

ENTIDAD	DELEGACION	JUZGADO	ACTA	AÑO	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]

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 [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL

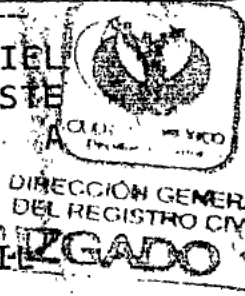
NOMBRE DEL JUEZ	FIRMA DEL JUEZ
LIC. [REDACTED]	[REDACTED]

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

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

CERTIFICO SOLO PARA TRASLADO QUE ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL QUE OBRA EN EL ARCHIVO DE ESTE JUZGADO EN CUAUHEMOC, DISTRITO FEDERAL LOS 2 DIAS DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2017

C. JUEZ [REDACTED] DISTRITO CIVIL



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

GENERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL
SERVICIO FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY DE LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY DE INVESTIGACIÓN

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [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 un año [Redacted] Para menores de un mes [Redacted] Para menores de un día [Redacted] Para menores de una hora [Redacted] Para personas de un año o más [Redacted] Se ignora

9. ESTADO CONYUGAL: En unión libre Separado(a) Vido(a) Casado(a) Soltero(a) So ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL: [Redacted]

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

12. TRABAJABA: Sí No 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 Salud IMSS PEMEX SEMAR ISSSTE SEDENA Otra institución pública Unidad médica privada Vía pública Hogar Otro lugar Se ignora

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: [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 sola causa en cada renglón que separe los modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, 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

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

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

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

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

21.3 ¿Las causas anotadas son lesiones del embarazo, parto o puerperio? Sí 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? 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 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

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 INF. [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 Especificar [Redacted]

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE: [Redacted]

28. FIRMA DEL CERTIFICANTE: [Redacted]

29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE: [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [Redacted]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: [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

Junio

EL DE LA REPÚBLICA
L DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
NAPA

2017

2a. Ampliación
Panteón Mpal.



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

312



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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: [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: [REDACTED] INDICACION: [REDACTED] REMACION: [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

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

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICA 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.

GUERRERO
MAY 14 2008



GUERRERO



FIRMAS

[REDACTED]

DECLARANTE

[REDACTED]

TESTIGO

[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 C. OFICIAL No. [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL
LIC. [REDACTED]



Art. 110
Fracc. V y VII
LFTAIP
Motivación 1

INTERESADO

LFTAIP
Motivación 2

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017
FOLIO

313

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª A (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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1 NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

2. [Redacted] 3. SEXO Hombres 1 Mujeres 2 Se ignora 9

4. ENTIDAD DE [Redacted] Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP [Redacted] Se ignora 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí No Se ignora 9

7. NACIONALIDAD Mexicana 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 completos Se ignora 9

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) 6 Viudo(a) 7 Casado(a) 5 En unión libre 4 Divorciado(a) 3 Soltero(a) 8 Se ignora 9

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted] 10.2 Nombre de la localidad [Redacted] 10.3 Num. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nom. [Redacted] 10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 [Redacted] extranjero

11. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 9 Se ignora 99 11.1 La escolaridad seleccionada es. Completa 1 Incompleta 2 12. OCUPACIÓN LABORAL 12.1 Trabajaba No Se ignora 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 2 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8 IMSS 2 PEMEX 6 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 médica 9 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] 12. Via pública Hogar Otro lugar 12 Se ignora 99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted] 15.2 Nombre de la localidad [Redacted] 15.3 Num. Exterior [Redacted] 15.4 Num. Interior [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 Enidad federativa [Redacted]

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí No Se ignora 9 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí No Se ignora 9

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) [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 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 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 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 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 localidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la localidad [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 Enidad federativa [Redacted]

23. NOMBRE [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted] 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

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 [Redacted] Número de la cédula [Redacted]

27. NOMBRE [Redacted] 28. FIRMA [Redacted]

29. DOMICILIO y TELEFONO 29.1 Tipo de localidad [Redacted] 29.2 Nombre de la localidad [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 Localidad [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Enidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA OFICIALMENTE EN EL REGISTRO CIVIL Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 31.1 Acta Núm. [Redacted] 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Lugar [Redacted] 32.2 Día [Redacted] 32.3 Enidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] 32.5 Mes [Redacted] 32.6 Año [Redacted]

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

Nº 

Iguala de la independencia, Gro., a 11 del mes Junio del 2017.

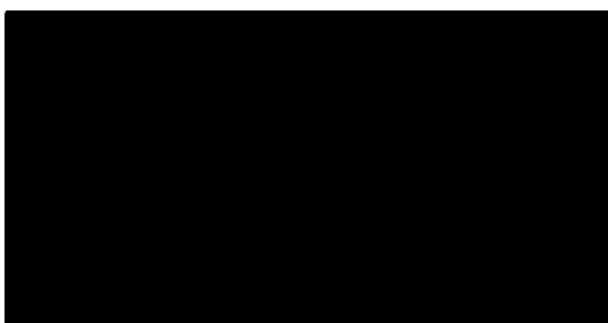
Se autoriza al C.  con domicilio  tel. no.  la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia de la acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.


Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.


Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



 (733) 33 396 00 Ext. 150

 presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

 **Palacio Municipal**
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Nº [REDACTED]

Iguala de la independencia, Gro., a 05 del mes JUNIO del 2017.

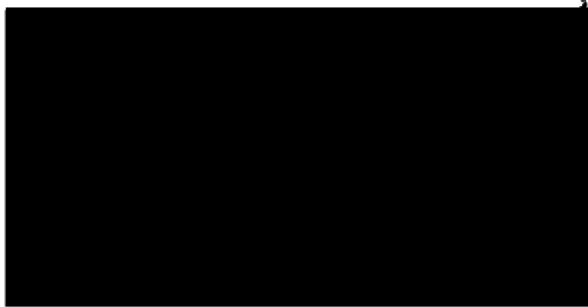
Se autoriza al C. [REDACTED] con domicilio en [REDACTED] tel. no. [REDACTED] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] FINADO: [REDACTED]

SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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: [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]

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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] 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 CERTIFICÓ LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE: [REDACTED] EL CASO [REDACTED]

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.-

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. [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL
LIC. [REDACTED]

FIRMA [REDACTED]



GUERRERO
MAYOR NECESITA TODOS
GRACIAS 10



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO **317**

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES. LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES 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 Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. ENTIDAD Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique _____		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 _____		8.1. Folio del Certificado de Nacimiento: _____		8.2. Semanas de gestación: _____		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
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 reside en el extranjero) _____		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="checkbox"/>	
12.1 Trabajaba _____		12.2 Se ignora <input type="checkbox"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____		13.2 Se ignora <input type="checkbox"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>							
14.1 Nombre de la unidad médica _____		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		14.3 Hogar público <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/>		Se ignora <input type="checkbox"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____							
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 _____		15.11 Se ignora <input type="checkbox"/>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____				17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una o más causas y su etiología. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, 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 morboso que la produjo							
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 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"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
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? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/>		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Granja <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
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 _____		22.7.11 Se ignora <input type="checkbox"/>	
23. NOMBRE DEL INFANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) _____		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE Domicilio: _____ 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 _____	
31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____		32.2 Municipio o delegación _____		32.3 Entidad federativa _____	

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

Art. 116
Fracc. V
LFTAIP
Motivación

Art. 113
Motivación 2

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



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

318



OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____

LIBRO: _____ ACTA No.: _____ LOCALIDAD: _____

MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO: _____ SEXO: HOMBRE _____ MUJER _____

NOMBRE: _____ (NOMBRE(S)) _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO) _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ ANOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS _____ NACIONALIDAD: _____

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.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION _____ CREMACION _____ NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____ B) _____ C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

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

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. _____ DEL REGISTRO CIVIL
LIC. _____

FIRMA

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

GUERRERO
MAYORÍA ABSOLUTA
GRAN
MAYORÍA

Art. 110
Fracc. V y VII
LFTAIP
Motivación 1

INTERESADO

Fracc. I y II
LFTAIP
Motivación 2



320



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] 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]

PERITO DE INVESTIGACION FORENSE
PARA EL CASO

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]

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. [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL
LIC. [REDACTED]



GUERRERO
MEXICO TODOS
GRATIFICACION

Art. 140
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

INTERESADO

Art. 143
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

321

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
 LOS 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 Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSICIÓN 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 _____		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input 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 Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL 10.1 Folio del Certificado de Nacimiento _____ 10.2 Nombre de la vivienda _____ 10.3 Num. Exterior _____ 10.4 Num. 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) _____		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba _____ Se ignora <input type="checkbox"/>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Num. Exterior _____ 15.2 Num. Interior _____ 15.3 Num. Exterior _____ 15.4 Num. 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? Se ignora <input type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evitar palabras como 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) _____ 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 _____ Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código lugar _____	
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"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 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? _____ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/>		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) 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"/>	
22.5 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 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 _____	
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) _____ Número _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico _____ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil* <input type="checkbox"/> Otro _____ *Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número _____	
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
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 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 OFICINA DE REGISTRO 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 REGISTRO CIVIL DEBE CONSERVAR ESTA 2ª COPIA

Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Ante
municipal



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

322



OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____

LIBRO: _____ No. _____ LOCALIDAD: _____

ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO: _____ SEXO: HOMBRE MUJE

NOMBRE: _____ 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 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 CREMACION _____ DEL PANTEON O CREMATARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____ B) _____ C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

AL DE LA REPUBLICA, DECLARANTE

NOMBRE: _____ GACION _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: N PA _____ 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

ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. _____ DEL REGISTRO CIVIL LIC. _____

SELO DE LA OFICIALIA
AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
LA DE LA INDEPENDENCIA
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

GUERRERO
NOVIEMBRE 2000
GRACIANO

Art. 150
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

INTERESADO

Art. 153
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

323

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.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) [Redacted]									
2. CURP [Redacted]		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Otra <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 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]		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		5.2 Semanas de gestación: [Redacted]									
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted]													
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/>		12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>									
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> IMSS <input checked="" type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]											
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>													
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]													
16. FECHA DE DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]													
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>				18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>									
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una o más causas. Evite señalar modos de morir - ejemplo paro cardíaco, asfexia, etc.) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;"> PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a [Redacted] </td> <td style="width: 30%;"> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted] </td> </tr> <tr> <td> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo b) Debido a [Redacted] </td> <td></td> </tr> <tr> <td> c) Debido a [Redacted] </td> <td></td> </tr> <tr> <td> d) Debido a [Redacted] </td> <td></td> </tr> </table>						PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a [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 morboso que la produjo b) Debido a [Redacted]		c) Debido a [Redacted]		d) Debido a [Redacted]	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a [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 morboso que la produjo b) Debido a [Redacted]													
c) Debido a [Redacted]													
d) Debido a [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="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="checkbox"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		21.3 ¿Las causas anotadas son ajenas al embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" 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? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>									
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]													
23. NOMBRE DEL INF. [Redacted]		24. PARÉNTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]											
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique: [Redacted]		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]											
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted]		28. FECHA DE DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]											
29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE Tipo de vialidad [Redacted] 29.1 Nombre de la vialidad [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] 29.10 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]		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]											
31.1 Acta Num. [Redacted]		32.2 Municipio o delegación [Redacted]											

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

324



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: [REDACTED] HOMBRE [REDACTED] MUJER [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)

DOMICILIO HABITUAL: [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 [REDACTED] UCRACION [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

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

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

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

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED] DE INVESTIGACION [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED] PARA EL CASO [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

DECLARANTE: [REDACTED] TESTIGO: [REDACTED]

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

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



GUERRERO
MUS-SECRETAR TODOS
GRABADO

Art. 110
Fracc. VII
LFTAIP
Motivación 1

INTERESADO

LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

325

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" 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		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento _____		8.2 Semanas de gestación: _____ 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> Vido(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (Anote el tipo de vivienda) _____			
10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____		10.5 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 Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/>		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"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra entidad pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/>			
Via pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/>		Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (Anote el tipo de vivienda) _____			
15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____		15.5 Nombre del asentamiento humano _____	
15.7 Código Postal _____		15.8 Localidad _____	
15.9 Municipio o delegación _____		15.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____	
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="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" 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) Debido a (o como consecuencia de) _____ 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 _____	
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="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 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"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
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"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina 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(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 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="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, ANOTE: _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		*Especifique _____	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (Anote el tipo de vivienda) _____			
29.5 Nombre del 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 Num. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 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 _____	

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

326



OFICIALIA: [REDACTED] REGISTRO: [REDACTED]
 LIBRO: [REDACTED] FOLIO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
 MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]
 FINADO: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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] (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 [REDACTED] UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) EN PARALELO
 TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICÓ 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 ANEXAS SIGUIENTES:
 PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO: [REDACTED] DECLARANTE: [REDACTED] TESTIGO: [REDACTED]
 SE DIO LECTURA A LA ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
 ELLA INTERVIENE Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED]
 LIC. [REDACTED]

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

GUERRERO
 REQUISITA TODOS
 CRISTIANO

Art. 110
 Frac. V y VII
 LFTAP
 Motivación 1

INTERESADO

Art. 113
 Frac. I
 LFTAP
 Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES, PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INFANTE

DEL CERTIFICANTE

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? [Redacted]

7. NACIONALIDAD [Redacted]

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]

16. FECHA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted]

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? [Redacted]

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa)

19. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EMBARAZO O PARTO [Redacted]

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN [Redacted]

21. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA [Redacted]

22. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO [Redacted]

23. NOMBRE DEL INFANTE [Redacted]

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

25. CERTIFICADA POR [Redacted]

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted]

27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted]

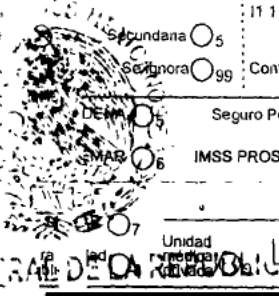
28. FIRMA DEL CERTIFICANTE [Redacted]

29. DOMICILIO y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted]

31. SI LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO [Redacted]

32. FECHA DE REGISTRO [Redacted]



OPORTUNIDAD PARA EL CASO

Art. 110
Pracc. V VII
LFTAI
Motivación 1

Art. 118
Pracc. I
Motivación 2

Julio

2017



AL DE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
EN PAR... EL CASO
ZINAP...

2a. Ampliación
Panteón Mpal.

"Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

Iguala Gro, a 20 julio de 2017.

Se autoriza al C. [REDACTED] la condonación del pago de Inhumación y Apertura de fosa, de la persona que en vida llevo el nombre de: [REDACTED] en la [REDACTED] Ampliación del Panteón Municipal.



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
DE IGUALA, GPO
PANTEONES
- 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO



SECRETARÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA GENERAL DE INVESTIGACIÓN
FISCALÍA GENERAL PARA EL CASO
QUINTANA ROO

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

FOLIO

330

DERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, DERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA L LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA L

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 Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____			
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <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 _____		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> AD <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
6.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		8.2 Semanas de gestación: _____	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ a la vialidad _____			
10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____		10.5 Tipo de asentamiento humano _____	
10.7 Código Postal _____		10.6 Nombre del asentamiento humano _____	
10.8 Localidad _____		10.9 Municipio o delegación _____	
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="checkbox"/>		12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPER <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud: IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> _____ IMSS PROSPER <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>			
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		14.1 Vía pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Nombre Exterior _____ 15.2 Nombre Interior _____ 15.3 Tipo de asentamiento humano _____ 15.4 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 _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en la columna a) y describa los modos de modo, 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 mencionada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) Debido a (o como consecuencia de) _____ 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 _____		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <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 <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 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"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <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? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.4 Añote la relación que tenía el presunto acausador con el(a) fallecido(a): 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"/>	
22.5 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 _____			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico* <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/> Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE _____			
28. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 28.1 Domicilio: _____ 28.2 Teléfono: _____			
29. Municipio o delegación _____		29.1 Teléfono _____	
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 _____	



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

331



ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO		
LIBRO	ACTA No.	LOCALIDAD	
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA		
FINADO			
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE		MUJER
NOMBRE(S)	(PRIMER APELLIDO)	(SEGUNDO APELLIDO)	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NACIONALIDAD:	
	AÑOS MESES DIAS HORAS		
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.:		
BESTINO DEL CABAVER:	INHUMACION	CREMACION	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO:
UBICACION:	ORDEN NO.:		
DONDE FALLECIO:			
CAUSAS DE LA MUERTE: A)			
B)			
C)			
TIPO DE DEFUNCION:	DE LA REPUBLICA		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCION:			
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:	DEL CASO		
DOMICILIO:			
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			

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.

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

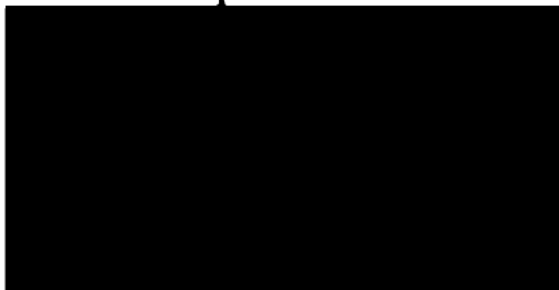
EL C. OFICIAL No. EL REGISTRO CIVIL
Lic.

GUERRERO
MEXICO
CIRCUITO

"Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

Iguala Gro, a 19 julio de 2017.

Se autoriza a la C. [REDACTED] la condonación del pago de Inhumación y Apertura de fosa, de la persona que en vida llevo el nombre de: [REDACTED] Ampliación del Panteón Municipal.




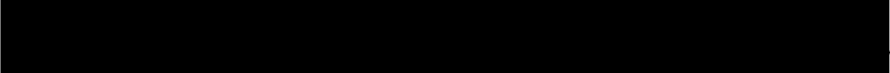
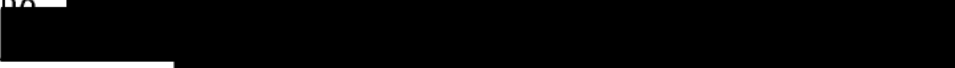

MUNICIPAL
IGUALA, GRO
JULIO
2018
DESARROLLO



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
FISCALÍA GENERAL PARA EL CASO
DE TIZINAPA

Nº 

Iguala de la independencia, Gro., a 28 del mes Julio del 2017.

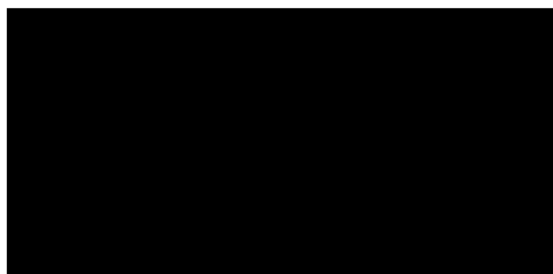
Se autoriza  con domicilio  tel. no.  al nombre de  La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.


Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.


Con fecha límite de: dos días hábiles.


Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

 (733) 33 396 00 Ext. 150

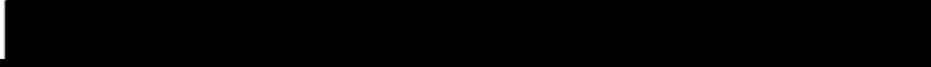


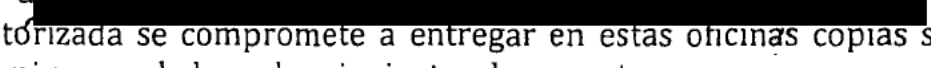
 presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

 **Palacio Municipal**
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

334

Nº 

Iguala de la independencia, Gro., a 31 del mes Septiembre del 2017.

Se autoriza  con
 domicilio 
 tel. n.º .
 al nombre  La
 persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin
 tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
 SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
 Y FRENTE A LA DELINCUENCIA ORGANIZADA
 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
 PARA EL CASO
 TIZIMIN

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
 Vicente Guerrero N. 1
 Col. Centro, C.P. 4000
 Iguala de la Independencia,
 Guerrero



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

336



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO		
LIBRO	FOLIO No.	LOCALIDAD	
MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA	
FINADO			
NOMBRE		SEXO: HOMBRE	MUJE
FECHA DE NACIMIENTO:		EDAD:	NACIONALIDAD:
LUGAR DE NACIMIENTO:		ESTADO CIVIL:	
DOMICILIO HABITUAL:			
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		NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO:	
UBICACION:		ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIO:			
CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)			
TIPO DE DEFUNCION:			
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:			
NO. DE CEDIULA PROFESIONAL:			
DOMICILIO:			
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.

TESTIGO

ANTE ACTA Y CONFORME AL INTERESADO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN PRESENCIA DEL REGISTRADO CIVIL Y SABEN HACERLO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL

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

GUERRERO
 COAHUILA DE ZARAGOZA
ACTA DE DEFUNCION

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

337

LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN FUERZA EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____			
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Específica _____			
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="checkbox"/>			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento _____		8.2 Semanas de gestación _____	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____			
10.1 Tipo de vivienda _____		10.2 Nombre de la vivienda _____	
10.3 Num. Exterior _____ 10.4 Num. Interior _____		10.5 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) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>	
12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL _____ Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
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"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSST <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>			
14.1 Nombre de la unidad médica _____		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____	
14.3 Vía pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/>		14.4 Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN _____ 15.1 Tipo de vivienda _____ 15.2 Nombre de la vivienda _____			
15.3 Num. Exterior _____ 15.4 Num. 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 Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____			
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
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) Debido a (o como consecuencia de) _____ 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) 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 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="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 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"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <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? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su actividad profesional, artesanal, agrícola, ganadera, colectiva (como en un taller, etc.), o de otra actividad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Área comercial de servicio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____			
22.6 Describa brevemente la lesión, si amputación, y los hechos 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 _____		22.8 Nombre de la vivienda _____	
22.9 Num. Exterior _____ 22.10 Num. Interior _____		22.11 Tipo de asentamiento humano _____	
22.12 Código Postal _____		22.13 Localidad _____	
22.14 Municipio o delegación _____		22.15 Entidad federativa _____	
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____ Se ignora <input type="checkbox"/>			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico* _____ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil* <input type="checkbox"/> Otro* _____ *Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO _____ Se ignora <input type="checkbox"/>	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FIRMA _____ Se ignora <input type="checkbox"/>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 29.3 Num. Exterior _____ 29.4 Num. 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 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 _____	

TALLE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
EN PARA EL CASO
ATZINAPU

Art. 110
Art. 113

Fracc. V, VII LFTAIP
 Motivación 1

Fracc. I LFTAIP
 Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

338



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	
LIBRO	ACTA No.	LOCALIDAD
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	
FINADO		
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	
	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 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 <input 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:		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:		
DOMICILIO:		
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.-		

GUERRERO

CIR

FIRMAS
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. _____ DEL REGISTRO CIVIL
LIG. _____



AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
SALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
SELLO DE LA OFICIALIA
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
3016-2018.





Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

INTERESADO

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2


Nº 

Iguala de la independencia, Gro., a 07 del mes Julio del 2017

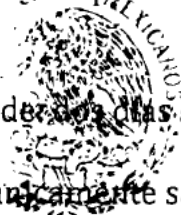
Se autoriza al  con domicilio  tel. no.  ndió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.


Con fecha límite de  días hábiles.


Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.




ERAL DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
IÓN PARA EL CASO
OTZ



 (733) 33 396 00 Ext. 150

 **Palacio Municipal**
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

 presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

CERTIFICADO DE DEFUNCION

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

340

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCION

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
5. CURP Se ignora <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <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 Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorclado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (e) 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 Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____ 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 14.3 Tipo de atención: Via pública <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION 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="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Añote una o más causas en 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 morboso que la produjo		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
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="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 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"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCION Código CIE _____	
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"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina 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"/>	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		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 _____ 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 iratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico _____ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro _____ Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de _____ 28. FIRM _____	
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 _____ 29.11 Teléfono _____	
31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ 31.1 Vía 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 (POSAR) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA QUE SE VEPA EL ACTA DE DEFUNCION. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES.

Art. 113
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

MSW
n/c/100

392



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: HOMBRE	MUJER
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 E INTERIOR)	ESTADO CIVIL: SOLTERO
(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 CREMATOARIO:	
UBICACION:	ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIO:		
CAUSAS DE LA MUERTE. A) B) C)		
TIPO DE DEFUNCION:		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:		
DOMICILIO:		
DECLARANTE		
NOMBRE:	DE LA REPUBLICA	EDAD:
NACIONALIDAD:	AL INVESTIGACION	PARENTESCO:
DOMICILIO:	TZIANDA	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

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

EL C. OFICIAL No. DEL REGISTRO CIVIL
LIC.



GUERRERO
NO NECESITA TUCO
GRUPO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

INTERESADO

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

372

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INFANTE

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____		
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
7. NACIONALIDAD Mexicana <input 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 _____ Se ignora <input type="checkbox"/>		
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) _____ 10.3 Num. Exterior _____ 10.4 Num. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Municipio o delegación _____ 10.9 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Tercera <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: _____ 11.2 ¿Trabajaba? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		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 pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <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 15.3 Num. Exterior _____ 15.4 Num. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Municipio o delegación _____ 15.9 Entidad federativa _____		
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa por cada lesión. 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		
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"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 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"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		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"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <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 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 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 _____		
23. NOMBRE DEL INFANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) _____
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> *Especifique _____		
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, ANOTE EL NÚMERO DE LA CÉDULA PROFESIONAL _____		
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____		
28. DOMICILIO y TELÉFONO 28.1 Tipo de vialidad _____ 28.2 Nombre de la vialidad _____ 28.3 Num. Exterior _____ 28.4 Num. Interior _____ 28.5 Tipo de asentamiento humano _____ 28.6 Municipio o delegación _____ 28.7 Entidad federativa _____ 28.8 Teléfono _____		
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		
31. ¿LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Fecha de registro _____

Art. 110
Fracc. V
LFTAI
MOTIVACIÓN 1

LFTAI
MOTIVACIÓN 2

11/01/11
11/01/11

343



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: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO:	NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)
EDAD:	AÑOS MESES DIAS HORAS
NACIONALIDAD:	
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.:
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO:
UBICACION:	ORDEN NO.:
DONDE FALLECIO:	
CAUSAS DE LA MUERTE: A)	
B)	
C)	
TIPO DE DEFUNCION:	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:	
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:	INVESTIGACION
DOMICILIO:	
DECLARANTE	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD:	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCCUPACION:
TESTIGOS	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD:	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCCUPACION:
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD:	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCCUPACION:

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 PRESENTO REQUISITOS.

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

EL C. OFICIAL No. DEL REGISTRO CIVIL
LIC.

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

GUERRERO
POBLACION TOTAL

GRAN...



CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

(LLENÉSE INDEPENDIENTEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)

344

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL.

1. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		2. EDAD GESTACIONAL Semanas <input type="checkbox"/> Gramos <input type="checkbox"/>		3. PESO Gramos <input type="checkbox"/>		4. DE UN EMBARAZO Único <input type="checkbox"/> Gemelo <input type="checkbox"/> Tres o más <input type="checkbox"/>		5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		5.2 Total de consultas recibidas <input type="checkbox"/>		
6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input type="checkbox"/> Complicado <input type="checkbox"/>		7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input type="checkbox"/> Durante el parto <input type="checkbox"/>		7.1 Estado de la piel del producto Fresca (Normal) <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/>		8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Minutos <input type="checkbox"/>						
9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 9.1 Calle y número <input type="checkbox"/> 9.2 Colonia <input type="checkbox"/> 9.3 Localidad <input type="checkbox"/> 9.4 Municipio o delegación <input type="checkbox"/> 9.5 Entidad federativa <input type="checkbox"/>												
10. SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 10.1 Nombre de la unidad médica <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidad <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 10.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <input type="checkbox"/> Vía pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> 12 Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99												
11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico gineco-obstetra <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>						12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ÉSTE FUE Espontáneo <input type="checkbox"/> Provocado <input type="checkbox"/> Terapéutico <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>						
13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Parto vaginal espontáneo <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique <input type="checkbox"/>						14. VIOLENCIA 14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			14.2 ¿Qué parentesco tiene el presunto agresor con la madre? <input type="checkbox"/>			
15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)												
PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte a) Debido a (o como consecuencia de) <input type="checkbox"/> Condiciones fetales o maternas que originaron la causa directa a) mencionándose en último lugar la causa básica b) Debido a (o como consecuencia de) <input type="checkbox"/> c) Debido a (o como consecuencia de) <input type="checkbox"/> d) <input type="checkbox"/>										Especifique si la causa fue: MATERNA FETAL I.a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I.b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I.c <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I.d <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> II.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> II.2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Código CIE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <input type="checkbox"/>												
17. NOMBRE Apellido paterno <input type="checkbox"/> Apellido materno <input type="checkbox"/>												
18. CURP <input type="checkbox"/>						19. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>						
20. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			21. EDAD Años <input type="checkbox"/>		22. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorceda <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>							
23. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vive la madre 23.1 Calle y número <input type="checkbox"/> 23.2 Colonia <input type="checkbox"/> 23.3 Localidad <input type="checkbox"/> 23.4 Municipio o delegación <input type="checkbox"/> 23.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) <input type="checkbox"/>												
24. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>						25. OCUPACIÓN HABITUAL 25.1 Trabaja actualmente <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>						
26. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidad <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>						26.1 Número de seguridad social o afiliación <input type="checkbox"/>						
27. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE TUVO 27.1 Número de nacidos vivos: <input type="checkbox"/> 27.2 Número de nacidos muertos: <input type="checkbox"/>				28. ¿VIVE LA MADRE? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		28.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción: <input type="checkbox"/>						
29. NOMBRE Apellido paterno <input type="checkbox"/> Apellido materno <input type="checkbox"/>						30. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <input type="checkbox"/>						
31. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>						32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <input type="checkbox"/>						
33. NOMBRE Nombre(s) <input type="checkbox"/> Apellido materno <input type="checkbox"/>												
34. DOMICILIO 34.1 Calle y número <input type="checkbox"/> 34.2 Colonia <input type="checkbox"/> 34.3 Localidad <input type="checkbox"/> 34.4 Municipio o delegación <input type="checkbox"/> 34.5 Entidad federativa <input type="checkbox"/>												
35. TELÉFONO <input type="checkbox"/>						37. FECHA DE CERTIFICACIÓN Fracc. I <input type="checkbox"/> LFTAIIP <input type="checkbox"/> Motivación 1 <input type="checkbox"/>						

SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO MEXICANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO MEXICANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO MEXICANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

Art. 113



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 345

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
5. CURP		Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Entidad federal o país (si nació en el extranjero)			
8. EDAD CUMPLIDA		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
Para menores de una hora		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Mexicana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique			
Para menores de un día		Se ignora <input type="checkbox"/>		Se ignora <input type="checkbox"/>			
Para menores de un mes		8. ESTADO CONYUGAL		Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/>			
Para menores de un año		En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Se ignora <input type="checkbox"/>			
Para personas de un año o más		9. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			
Años cumplidos		10.1 Tipo de vivienda		10.2 Nombre de la vivienda			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento.		10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano	
8.2 Semanas de gestación:		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.	
Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Tercera <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación		12.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica			
Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>		14.2 Clave (Única de Establecimientos de Salud (CIUES))		14.3 Tipo de atención: Via pública <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
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 federal		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 type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte			
Anote una sola causa en cada renglón que sea la causa de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		Código CIE		Código CIE			
PARTE I		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?	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 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"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
a) Debido a (o como consecuencia de)		21.4 CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		Código CIE			
b) Debido a (o como consecuencia de)		Código CIE		Código CIE			
c) Debido a (o como consecuencia de)		Código CIE		Código CIE			
d) Debido a (o como consecuencia de)		Código CIE		Código CIE			
PARTE II		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)	
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo		22.1 Fue un presunto		Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> (taller, fábrica u obra)		Código CIE	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número.		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Código CIE	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.7.1 Tipo de vivienda		22.7.2 Nombre de la vivienda	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		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.		24. NOMBRE DEL INF.		24. NOMBRE DEL INF.	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		24. NOMBRE DEL INF.	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL FALLECIDO FUE ATENDIDO POR MÉDICO		Número de			
Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil* <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		28. FIRMA			
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Tipo de vivienda			
Nombre(s)		29.2 Nombre de la vivienda		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior	
Primer Apellido		29.5 Tipo de asentamiento humano		29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal	
Segundo Apellido		29.8 Localidad		29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federal	
29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		Día Mes Año			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA MOTIVACIÓN 1		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		LFTAI P			
Municipalidad		Municipalidad		Motivación 2			



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

346



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
LOCALIDAD	
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA
FINADO	
SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	
NOMBRE: [REDACTED]	
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]	EDAD: [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 type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	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
 PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

EN LA PRESENTE ACTA Y COPIAS DE LA MISMA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL N. [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL
 LIC. [REDACTED]



GOBIERNO DEL ESTADO DE GUERRERO
 SECRETARÍA DE GOBIERNO
 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. 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.

Formulario de certificación de defunción con secciones: 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. OTRAS ACTIVIDADES, 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD, 14. SITIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN, 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ 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. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS, 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE, 23. NOMBRE DEL INFANTE, 24. PADRE DEL INFANTE, 25. CERTIFICADA POR, 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, 27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE, 28. FIRMA DEL CERTIFICANTE, 29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE, 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN, 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO, 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO.

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

348



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
INTEGRAL 2

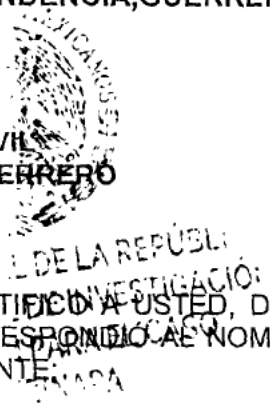
CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]

OFICIO NÚM.: 9523

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (17) DIECISIETE DIA(S) DEL MES DE JULIO DEL DOS MIL DIECISIETE

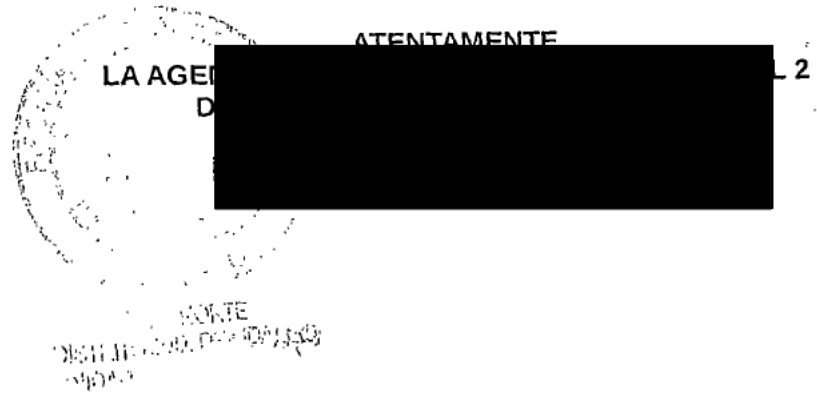
C. OFICIAL DEL REGISTR CIVIL
ACAPULCO DE JUAREZ, GUERRERO
PRESENTE.



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



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

* [REDACTED] H. COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLSKSWAGEN

Agosto

SECRETARÍA DE LA ECONOMÍA
FONDO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

2017

2a. Ampliación
Panteón Mpal.

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

OS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, Y A 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] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] 3. SEXO Hombre [Redacted] Mujer [Redacted] Se ignora [Redacted] 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted] Entidad federaliva o país (si nació en el extranjero)

5. CURP [Redacted] 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? [Redacted] 7. NACIONALIDAD [Redacted] Se ignora [Redacted] Especifique [Redacted]

8. EDAD CUMPLIDA [Redacted] 9. ESTADO CONYUGAL [Redacted] Separado(a) [Redacted] Viudo(a) [Redacted] Casado(a) [Redacted] En unión libre [Redacted] Divorcedo(a) [Redacted] Soltero(a) [Redacted] Se ignora [Redacted]

10. RESIDENCIA HABITUAL [Redacted] 10.1 Tipo de vialidad [Redacted] 10.2 Nombre de la 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 federaliva o país (si reside en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD [Redacted] 11.1 La escolaridad seleccionada es: [Redacted] 12. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora [Redacted]

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 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 Num. 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 federaliva [Redacted]

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted] 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? [Redacted] 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? [Redacted]

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa que causó la muerte. En caso de 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) 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 morbozo que la produjo.

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS [Redacted] 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: [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]

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE [Redacted] 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(a) fallecido(a) [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el [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 [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]

23. NOMBRE DEL INF. [Redacted] 24. PARTE DEL CERTIFICANTE [Redacted]

25. CERTIFICADA POR [Redacted] 26. SI EL CERTIFICANTE [Redacted]

27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted] 28. [Redacted]

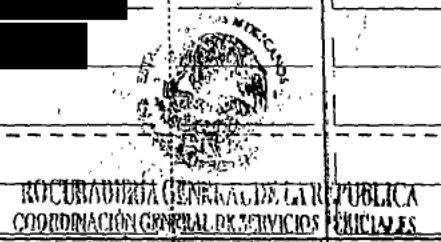
29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE [Redacted] 29.1 Tipo de vialidad [Redacted] 29.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.3.1 Núm. Exterior [Redacted] 29.3.2 Núm. Interior [Redacted] 29.3.3 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.3.4 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

29.3.5 Código Postal [Redacted] 29.3.6 Localidad [Redacted] 29.3.7 Municipio o delegación [Redacted] 29.3.8 Entidad federaliva [Redacted]

29.4 Teléfono [Redacted] 29.5 Día [Redacted] 29.6 Mes [Redacted] 29.7 Año [Redacted]

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 federaliva [Redacted] 32.4 Día [Redacted] 32.5 Mes [Redacted] 32.6 Año [Redacted]



Art. 110 Fracc. VII LFTAIP Motivación 1

Art. 110 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

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

Expediente. AP/PGR/SDHPDSC/UEBPD/M16/230/2014.
Oficio. FEBPD/1979/2017.
Asunto. **Constancia de Refrigeración.**
Ciudad de México, Agosto 30, 2017.

**2017. "Año del Centenario de la Promulgación de la
Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos".**

A QUIEN CORRESPONDA.
OFICINA DE TRÁMITES FUNERARIOS.
PRESENTE.

La que suscribe Directora General de Especialidades Médico Forenses de la Coordinación General de Servicios Periciales de la Procuraduría General de la República, por medio de la presente, se hace constar que el cadáver identificado como **CADÁVER 2, FOSA 1, ZONA DE** [REDACTED] quien en vida llevara el nombre de [REDACTED].

Relacionado con la Averiguación Previa **AP/PGR/SDHPDSC/UEBPD/M16/230/2014.**

Desde el día de su ingreso el [REDACTED] hasta el día de la fecha, ha permanecido en refrigeración a [REDACTED] cumpliendo con los lineamientos que indica la **Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.**

Lo anterior para los fines legales que haya a lugar.

Sin otro particular, reitero a Usted las seguridades de mi atenta y distinguida consideración.

ATENTAMENTE

LA DIRECTORA GENERAL DE ESPECIALIDADES MÉDICO FORENSES.

[REDACTED]

DR. [REDACTED]

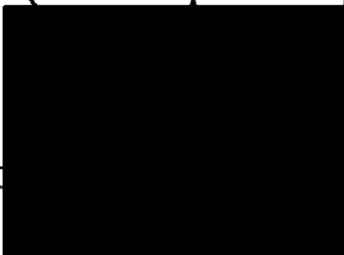
AGENCIA DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL
COORDINACIÓN GENERAL DE SERVICIOS PERICIALES
DIRECCIÓN GENERAL DE ESPECIALIDADES MÉDICO FORENSES
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FORENSE

AGENCIA DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL
COORDINACIÓN GENERAL DE SERVICIOS PERICIALES
DIRECCIÓN GENERAL DE ESPECIALIDADES MÉDICO FORENSES
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FORENSE
CIUDAD DE MÉXICO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

"Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

Iguala Gro, a 31 agosto de 2017.

Se autoriza a la C. [REDACTED] la condonación del pago de Anertura de fosa, de la persona que en vida llevo el nombre de: [REDACTED] en [REDACTED] Ampliación del Panteón Municipal (fosa x temporalidad prestada).



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO
ONES



AL DE LA REPUBLICA
L DE INVESTIGACION
N PARA EL CASO
ZINACATAN



SUBPROCURADURÍA DE DERECHOS HUMANOS,
PREVENCIÓN DEL DELITO Y SERVICIOS A LA COMUNIDAD.
FISCALÍA ESPECIALIZADA DE BÚSQUEDA DE PERSONAS

[Redacted]

OFICIO: FEBPD/20171/2017

ASUNTO: SE AUTORIZA TRASLADO

Ciudad de México, a 30 de agosto del 2017.

**AUTORIDADES CIVILES Y MILITARES
PRESENTES.**

En cumplimiento al acuerdo dictado en autos de la averiguación previa citada al rubro, y con fundamento en lo dispuesto por los artículos 16, 21 y 102, apartado "A" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 130 del Código Federal de Procedimientos Penales; 348 de la Ley General de Salud; 4, fracción I, inciso A), subinciso b), 22, fracción II, inciso e) de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República, así como el acuerdo A/094/2015, publicado en fecha 09 de octubre de 2015, emitido por la C. Procuradora General de la República, que por medio del presente oficio se solicita a todas y cada una de las **Autoridades Civiles y Militares**, presenten apoyo a los portadores del presente con el objeto de no obstaculizar el traslado de la Ciudad de México al Municipio de Iguala, estado de Guerrero, de los restos óseos de la persona del sexo [Redacted] quien en vida llevara el nombre de [Redacted] de [Redacted] AÑOS de edad, toda vez que ya le fue practicada la necropsia de ley, en la Coordinación General de Servicios Periciales de la Procuraduría General de la República y en su momento oportuno se extendió el certificado de defunción con número de folio [Redacted] de fecha [Redacted], debidamente suscrito y firmado por la [Redacted] en el cual se señala que la causa de defunción del hoy occiso fue por [Redacted]

[Redacted]

que ya fueron recabados todos los dictámenes periciales solicitados sin que exista alguna pendiente por practicar.

Lo anterior para los fines legales a que haya lugar.

SUBPROCURADURÍA DE DERECHOS HUMANOS
PREVENCIÓN DEL DELITO Y SERVICIOS A LA COMUNIDAD
FISCALÍA ESPECIALIZADA DE BÚSQUEDA DE PERSONAS
[Redacted]
PERSONAS

[Redacted]

354

PGR

PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA



SUBPROCURADURÍA DE DERECHOS HUMANOS,
PREVENCIÓN DEL DELITO Y SERVICIOS A LA
COMUNIDAD.
FISCALÍA ESPECIALIZADA DE BÚSCUDA DE
PERSONAS DESAPARECIDAS

OFICIO: FEBPD/20172/2017

ASUNTO: SE ORDENA LEVANTAMIENTO DE
ACTA DE DEFUNCIÓN

ACUSE

Ciudad de México, a 30 de agosto del 2017.

**C.OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
DEL MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
EN EL ESTADO DE GUERRERO
P R E S E N T E.**

En cumplimiento al acuerdo dictado en autos de la averiguación previa citada al rubro, y con fundamento en lo dispuesto por los artículos 16, 21 y 102, apartado "A" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 130 del Código Federal de Procedimientos Penales; 348 de la Ley General de Salud; 4, fracción I, inciso A), subinciso b), 22, fracción II, inciso e) de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República, así como el acuerdo A/094/15, publicado en fecha 09 de octubre de 2015, emitido por la C. Procuradora General de la República; me dirijo a Usted muy atentamente, para solicitar se elabore el **ACTA DE DEFUNCIÓN** de la persona del sexo [REDACTED] quien en vida llevara el nombre de [REDACTED], de [REDACTED] años de edad, toda vez que ya le fue practicada la necropsia de ley, en la Coordinación General de Servicios Periciales de la Procuraduría General de la República y en su momento oportuno se extendió el certificado de defunción con número de folio [REDACTED] de fecha [REDACTED] debidamente suscrito y firmado por la doctor [REDACTED] en el cual se señala que la causa de defunción del hoy occiso fue a consecuencia de un [REDACTED]

[REDACTED] sin soslayar que ya fueron recabados todos los dictámenes periciales solicitados sin que exista alguno pendiente por practicar. Solicitando remitir a la brevedad copia certificada de la misma.

[REDACTED]

Tel.: (55) 53 46 42 19 Fax.: (55) 53 46 42 46 www.pgr.gob.mx

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

355



[Redacted]

OFICIO: FEBPD/20171/2017

ASUNTO: SE AUTORIZA TRASLADO

Ciudad de México, a 30 de agosto del 2017.

**AUTORIDADES CIVILES Y MILITARES
PRESENTES.**

En cumplimiento al acuerdo dictado en autos de la averiguación previa citada al rubro, y con fundamento en lo dispuesto por los artículos 16, 21 y 102, apartado "A" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 130 del Código Federal de Procedimientos Penales; 348 de la Ley General de Salud; 4, fracción I, inciso A), subinciso b), 22, fracción II, inciso e) de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República, así como el acuerdo A/094/2015, publicado en fecha 09 de octubre de 2015, emitido por la C. Procuradora General de la República; que por medio del presente oficio se solicita a todas y cada una de las **Autoridades Civiles y Militares**, presenten apoyo al o los portadores del presente con el objeto de no obstar el traslado de la Ciudad de México al Municipio de Iguala, estado de Guerrero, de los restos óseos de la persona del sexo [Redacted] quien en vida llevara el nombre de [Redacted] de [Redacted] AÑOS de edad, toda vez que ya le fue practicada la necropsia de ley, en la Coordinación General de Servicios Periciales de la Procuraduría General de la República y en su momento oportuno se extendió el certificado de defunción con número de folio [Redacted] de fecha [Redacted] [Redacted] debidamente suscrito y firmado por la doctor [Redacted] en el cual se señala que la causa de defunción del hoy occiso fue por [Redacted]

[Redacted] sin sostener que ya fueron recabados todos los dictámenes periciales solicitados sin que exista alguno pendiente por practicar

Lo anterior para los fines legales a que haya lugar

[Large redacted block]

PGR

PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA



356
SUBPROCURADURÍA DE DERECHOS HUMANOS,
PREVENCIÓN DEL DELITO Y SERVICIOS A LA
COMUNIDAD.
FISCALÍA ESPECIALIZADA DE BÚSQUEDA DE
PERSONAS DESAPARECIDAS

OFICIO: FEBPD/20172/2017

ASUNTO: SE ORDENA LEVANTAMIENTO DE
ACTA DE DEFUNCIÓN

Ciudad de México, a 30 de agosto del 2017.

**C.OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
DEL MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
EN EL ESTADO DE GUERRERO
P R E S E N T E.**

En cumplimiento al acuerdo dictado en autos de la averiguación previa citada al rubro, y con fundamento en lo dispuesto por los artículos 16, 21 y 102, apartado "A" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 130 del Código Federal de Procedimientos Penales; 348 de la Ley General de Salud; 4, fracción I, inciso A), subinciso b), 22, fracción II, inciso e) de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República, así como el acuerdo A/094/15, publicado en fecha 09 de octubre de 2015, emitido por la C. Procuradora General de la República; me dirijo a Usted muy atentamente, para solicitar se elabore el **ACTA DE DEFUNCIÓN** de la persona del sexo [redacted] quien en vida llevara el nombre de [redacted] de [redacted] años de edad, toda vez que ya le fue practicada la necropsia de ley, en la Coordinación General de Servicios Periciales de la Procuraduría General de la República y en su momento oportuno se extendió el certificado de defunción con número de folio [redacted] de fecha [redacted], debidamente suscrito y firmado por la doctor [redacted] en el cual se señala que la causa de defunción del hoy occiso fue a consecuencia de un [redacted]

[redacted] sin soslayar que ya fueron recabados todos los dictámenes periciales solicitados sin que exista alguno pendiente por practicar. Solicitando remita a la brevedad copia certificada de la misma.

[Large redacted block]

HUMANOS
OSALA
VEDAD
S

Tel.: (55) 53 46 42 19 Fax.: (55) 53 46 42 46 www.pgr.gob.mx

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº [Redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 6 del mes Agosto del 2017.

Se autoriza a [Redacted] con domicilio [Redacted] tel. no [Redacted] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [Redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en éstas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

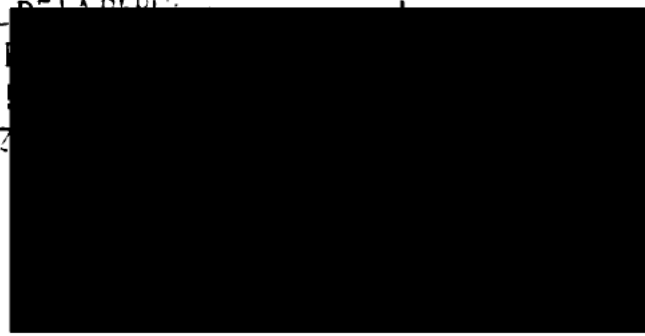
Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso válido solamente sábado, domingo y días festivos.



CAL DE LA DEPENDENCIA
AL
AN
TZ



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
MUNICIPIO DE IGUALA, GRO.
DIRECCION DE PANTEONES
CALLE DE LA DEPENDENCIA
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

☎ (733) 33 396 00 Ext. 150

✉ presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

📍 Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

358

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

2. [Redacted] Día Mes Año 3. SEXO Hombre Mujer Se ignora 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted] Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP [Redacted] 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí No Se ignora 7. NACIONALIDAD Mexicana Otra 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 personas de un año o más Años cumplidos [Redacted] Se ignora

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

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 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 Ninguna Preescolar Primaria Secundaria Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta 12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora 12.1 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 [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 [Redacted] 14.4 Tipo de unidad [Redacted] 14.5 Nombre de la unidad [Redacted] 14.6 Nombre de la unidad [Redacted] 14.7 Nombre de la unidad [Redacted] 14.8 Nombre de la unidad [Redacted] 14.9 Nombre de la unidad [Redacted] 14.10 Nombre de la unidad [Redacted] 14.11 Nombre de la unidad [Redacted] 14.12 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [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. [Redacted] Día Mes Año Horas Minutos 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, asfexia, etc.)

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

a) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

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) [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

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 34 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 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, ¿EN QUÉ SITUACIÓN OCURRIÓ LA LESIÓN? 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 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí No 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 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. [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [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 *Especifique [Redacted]

26. SI EL CERTIFICANTE [Redacted] Número [Redacted] 28. F. [Redacted]

27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad [Redacted] 29.2 Nombre de la vialidad [Redacted] Exterior Interior 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 Mes Año [Redacted]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO [Redacted] Libro Núm. [Redacted] De 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 Mes Año [Redacted]



Art. 113, Fracc. I, LFTAI

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

359



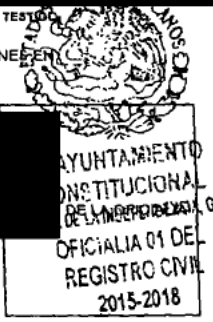
OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
LOCALIDAD	
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA
FINADO	
SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	
NOMBRE:	
NOMBRE(S)	(PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD: AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD:
LUGAR DE NACIMIENTO:	(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL:
(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 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:	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:	
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:	
DOMICILIO:	
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	

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 FUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. [Redacted] DEL REGISTRO CIVIL
LIC. [Redacted]



GUERRERO
MAYORIA TODOS
IRAPUATO

Art. 110
Fracc. VII
LFTAR
Motivación 1

INTERESADO

Art. 113
Fracc. I
LFTAR
Motivación 2

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

FOLIO

360

*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 40 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN.

DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, Y A 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. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mueje <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL	
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		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		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?	
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR	
27. NOMBRE		29. DOMICILIO Y TELÉFONO		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE DEFUNCIÓN		33. LUGAR Y FECHA DE DEFUNCIÓN	

Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

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

Septiembre

2017

2a. Ampliación
Panteón Mpal.



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

362



OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____

LIBRO: _____ ACTA No.: _____ LOCALIDAD: _____

MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO: _____ SEXO: HOMBRE _____ MUJER _____

NOMBRE: _____ 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 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 _____ CREMACION _____ NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
B) _____
C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCION: _____

Nº. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

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

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. _____ DEL REGISTRO CIVIL
LIC. _____



Art. 110
Fracc. V y VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

INTERESADO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

363

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

SUS 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.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	5. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
	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"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) _____		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____	
	10.3 Num. Exterior _____ 10.4 Num. Interior _____ 10.7 Código Postal _____		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	11. ESCOLARIDAD 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"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es _____ Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEMAR <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"/>		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" 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 privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica _____		12.2 ¿COMPLETÓ SU SERVICIO MILITAR? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Num. Exterior _____ 15.4 Num. Interior _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
DE LA DEFUNCIÓN	16. FECHA DE DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		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 (Añote una sola causa principal. 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		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input 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"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" 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"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" 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"/> 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(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 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. PAREJA CONYUGAL (A) FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
	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 FALLECIDO(A) FUE IDENTIFICADO POR EL FALLECIDO(A) _____	
	27. NOMBRE Nombre(s) _____		28. SI EL FALLECIDO(A) FUE IDENTIFICADO POR EL FALLECIDO(A) _____	
	29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Nombre de la vivienda _____ 29.2 Nombre de la calle _____ 29.3 Num. Exterior _____ 29.4 Num. 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 _____	
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL Num. _____		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, LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2


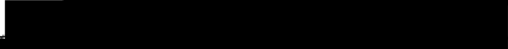
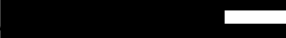
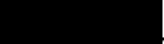
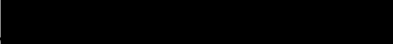
NOTA: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 29 del mes Septiembre del 2017.

Se autoriza al C.  con domicilio  tel. no  la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de  . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

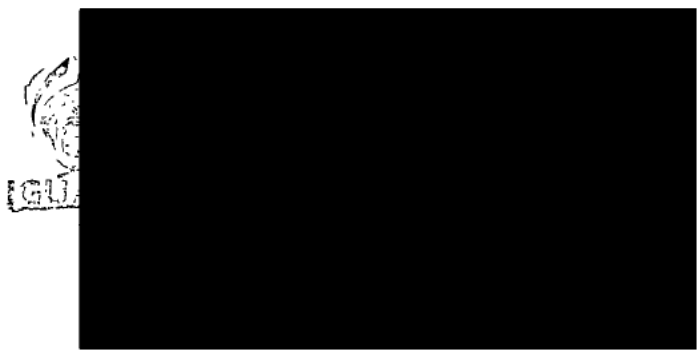
- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia de acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

ESTADO DE INVESTIGACIÓN PARA EL CASO OTZINAPA

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero



Identificador Electrónico

Clave Única de Registro de Población

N° de Certificado de Defunción de la SSA

Estados Unidos Mexicanos

Acta de Defunción

Entidad de Registro

Municipio de Registro

Oficial/a	Libro	Número de Acta	Fecha de Registro

Datos de la Persona Fallecida:

Nombre(s): Primer Apellido: Segundo Apellido:

Sexo: Edad: Nacionalidad:

Datos de la Defunción:

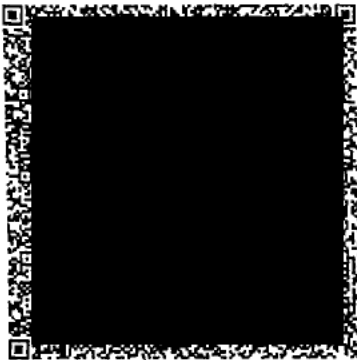
Fecha: Hora: Lugar: Destino del Cadáver

Causas de la Defunción:

<p>Anotaciones Marginales PARA EL CASO</p> <p>SIN ANOTACIONES MARGINALES</p> <p>OTZINAR</p>	<p>Certificación:</p> <p>La presente certificación es un extracto del acta cuyos datos arriba se mencionan en cumplimiento de los artículos 3.1 y 3.7 del Código Civil vigente en el Estado de México.</p> <p>A LOS 5 DIAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2017 DOY FE.</p>
---	--

Sello:

Firma Electrónica:



Código de Verificación:



MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
DIRECTOR GENERAL DEL REGISTRO CIVIL

Código QR



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.

366

SECRETARÍA DE SALUD

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO



Comisión Federal para la Protección
contra Riesgos Sanitarios



FOLIO No. TRF [REDACTED]

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO ADJUNTO

SSA-06-005 PERMISOS RELACIONADOS CON LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES, CELULAS Y CADAVERES HUMANOS

A	DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CELULAS (INTERNACIÓN O SALIDA DEL TERRITORIO NACIONAL)	<input checked="" type="checkbox"/> B	TRASLADO DE CADAVERES	C	INTERNAMENTO O SALIDA DE CADAVERES Y RESTOS ARIDOS DEL TERRITORIO NACIONAL
D	EXHUMACIÓN PREMATURA	E	EXHUMACIÓN	F	INHUMACIÓN O INCINERACIÓN DE CADAVERES SI SE EFECTUA ANTES DE 12 HORAS O DESPUÉS DE 48 DE OCURRIDO EL DECESO

LLENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO		R.F.C.	
DOMICILIO: CALLE, NÚMERO EXTERIOR	NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD	No. LICENCIA SANITARIA
CÓDIGO POSTAL	DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELÉFONO(S)

2.- DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO		R.F.C.	
DOMICILIO: CALLE, NÚMERO EXTERIOR	NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD	No. CEDULA PROFESIONAL
CÓDIGO POSTAL	DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELÉFONO(S)

3.- DISPOSICIÓN DE CADAVERES HUMANOS

A. INTERNACIÓN O SALIDA DEL TERRITORIO NACIONAL DE TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CELULAS	ÓRGANOS, PROCEDENCIA	LUGAR DE DESTINO	EMBALSAMADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
B. TRASLADO DE CADAVERES	LUGAR DE DESTINO		EMBALSAMADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
C. INTERNAMENTO O SALIDA DE CADAVERES Y RESTOS ARIDOS DEL TERRITORIO NACIONAL	PROCEDENCIA O LUGAR DE DESTINO		EMBALSAMADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
D. EXHUMACIÓN PREMATURA	LUGAR DE LA INHUMACIÓN	MOTIVOS DE LA EXHUMACIÓN Y DESTINO FINAL DE LOS RESTOS	
E. EXHUMACIÓN	LUGAR DE DESTINO		
F. INHUMACIÓN O INCINERACIÓN DE CADAVERES SI SE EFECTUA ANTES DE 12 HORAS O DESPUÉS DE 48 DE OCURRIDO EL DECESO.	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	EMBALSAMADO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

4.- DATOS DEL FINADO

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO	EDAD
SEXO	HORA Y FECHA DE LA DEFUNCIÓN CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

5.- DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO	PARENTESCO
---	------------

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO (EXCLUSIVAMENTE PARA LA MODALIDAD DEL TRAMITE INTERNACIONAL O SALIDA)	REGISTRADO EN EL REGISTRO SANITARIO
---	-------------------------------------

EL FORMATO SE PRESENTA EN ORIGINAL, EN CASO QUE EL INTERESADO REQUIERA COPIA, DEBERÁ ANEXARLA PARA EL ACUSE CORRESPONDIENTE

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCIÓN TELEFONICA A LA CIUDADANIA (SACTEL) A LOS TELEFONOS: 5-4-80-20-00 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL: 01800-001-4800, O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL: 1888-594-3372

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017
FOLIO

367

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL). 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 Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INFANTE DEL CERTIFICANTE

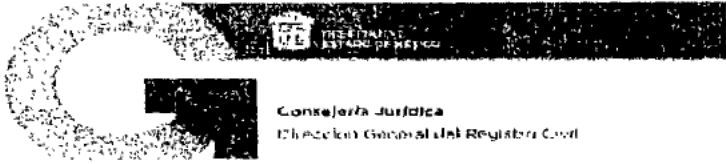
1 NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			2. _____ Día Mes Año			3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Muje <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____		
5 CURP _____			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="checkbox"/>			7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> 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 EDAD CUMPLIDA (cont.)			9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			10 RESIDENCIA HABITUAL 10.3 Num Exterior _____ 10.4 Num Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Localidad _____ 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 Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Num Exterior _____ 15.4 Num Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Localidad _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa o país _____			16. ¿SE PRACTICÓ NEFRORRABIA? _____		
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. 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.			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Codigo 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="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 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(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 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 _____			23. NOMBRE DEL INFANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			24. NOMBRE DEL (LA) FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____					
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad competente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO LEGISTA, ANOTE SU NÚMERO DE LA CÉDULA PROFESIONAL _____			27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____					
28. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE Tipo de vitalidad _____			28.1 Nombre de la vitalidad _____			28.2 Nombre de la vitalidad _____					
28.3 Num Exterior _____ 28.4 Num Interior _____			28.5 Tipo de asentamiento humano _____			28.6 Localidad _____					
28.7 Código Postal _____			28.8 Localidad _____			28.9 Municipio o delegación _____					
28.10 Entidad federativa _____			28.11 Teléfono _____			29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Año _____ Mes _____ Día _____					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL EN LA LOCALIDAD DE _____			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 _____			32.7 Municipio o delegación _____			32.8 Entidad federativa _____					

Art. 100 del Reglamento del Registro Civil
Fracc. II del Art. 100 del Reglamento del Registro Civil
Motivación 1

Fracc. II del Art. 100 del Reglamento del Registro Civil
Motivación 2

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

368



2017. "Año del Centenario de las Constituciones Mexicana y Mexiquense de 1917"

DEPENDENCIA: OFICIALIA 05 DEL REGISTRO CIVIL
NUM. DE OFICIO: RC05/00395/2017.

ASUNTO: OFICIO DE TRASLADO

Nezahualcóyotl, México 05 de Septiembre de 2017.

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
DE IGUALA, GUERRERO
PRESENTE.

Con fundamento en los artículos 3.32 del Código Civil vigente en la entidad y 246 fracción III del Código Administrativo del Estado de México, una vez cumplidas las disposiciones sanitarias que exige la Ley, así como los artículos 3.29 del Código Civil de la entidad; 89 del Reglamento del Registro Civil, se remite copia certificada del acta de defunción levantada previo pago de los derechos correspondientes; en consecuencia esta oficialía no tiene inconveniente que se realice el traslado de quien en vida llevara el nombre [REDACTED] procedente de este municipio a la jurisdicción a su digno cargo, para ser INHUMADA en el PANTEON MUNICIPAL DE IGUALA, GUERRERO, así mismo le informo que el C. [REDACTED], deberá presentar oficio de remisión.

"SUFRA [REDACTED] CCION"

M. EN J.O. [REDACTED]
OFIC [REDACTED] CIVIL
DE NEZAHUALCOYOTL, MÉXICO.

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

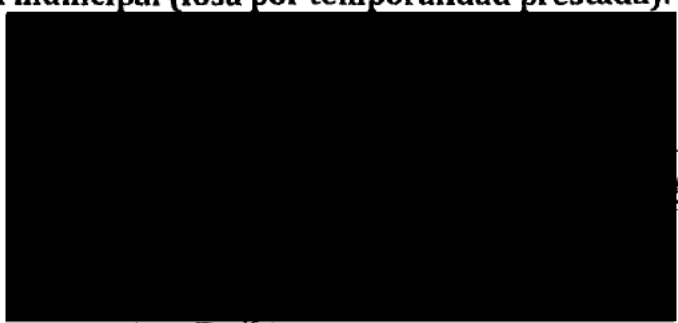
Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



"Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

Iguala Gro, a 21 septiembre de 2017.

Se autoriza a la C. [REDACTED] Fosa en Temporalidad (prestada) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [REDACTED] en la [REDACTED] ampliación del panteón municipal (fosa por temporalidad prestada).



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO



GERAL DE LA REPUBLIC
CIAL DE INVESTIGACIÓ
CIÓN PARA EL CASO
MOTIVADA



IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

370 Eligio





DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 20 del mes Septiembre del 2017.

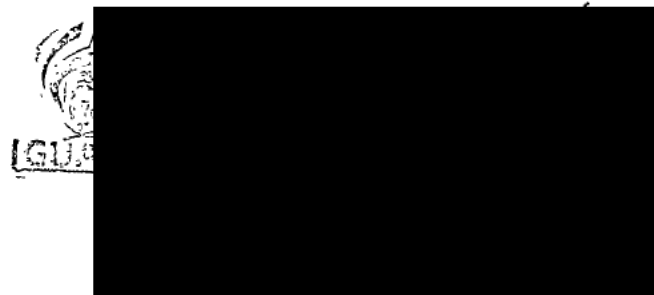
Se autoriza al C.  con domicilio en  tel. no.  la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

UNA



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

371



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LIBRO	ACTA No.	LOCALIDAD	Ciudad Federativa
MUNICIPIO			FINADO		
NOMBRE:		SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>		(SEGUNDA PATERNO)	
FECHA DE NACIMIENTO:	NOMBRE(S)	EDAD:	NACIONALIDAD:		
LUGAR DE NACIMIENTO:	LUGAR DE NACIMIENTO				
DOMICILIO HABITUAL:			ESTADO CIVIL:		
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 CREMATOARIO:		
UBICACION:			ORDEN NO.:		
DONDE FALLECIO:					
CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)					
TIPO DE DEFUNCION:					
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICA LA DEFUNCION:					
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:					
DOMICILIO:					
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

LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICA Y FIRMAN QUIENES ESTAN EN SU FUERZA Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. DEL REGISTRO CIVIL
LIC.



Ar...
Fracc... VII
LFTAIIP
Motivación 1

INTERESADO

Ar... 112
Fracc... I
LFTAIIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO
DEL CERTIFICANTE
DEL REG. CIVIL
DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL...

Formulario de certificado de defunción con campos numerados del 1 al 32, incluyendo datos personales, causas de defunción, y detalles del certificado.

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

Octubre

2017

2a. Ampliación
Panteón Mpal.



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017
FOLIO

374

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COP

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. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federal o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input 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 _____ Se ignora <input type="checkbox"/>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Vuelto(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____			
10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.7 Código Postal _____		10.5 Tipo de asentamiento humano _____		10.6 Nombre del asentamiento humano _____			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es _____ Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____		14. SITIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> IMSS PROSPER <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Unidad de Medicina Familiar <input type="checkbox"/>			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.7 Código Postal _____		15.5 Tipo de asentamiento humano _____		15.6 Nombre del asentamiento humano _____			
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="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
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) _____ Debido a (b como consecuencia de) _____ 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 _____			
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"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 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"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		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"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.3 Si no donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuelas u oficina pública <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/>		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) 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"/>	
22.5 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 _____ 22.7.7 Código Postal _____		22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____		22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____			
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(LA) FALLECIDO(A) _____					
25. CERTIFICADA POR Médico tratante _____ 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. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO LEGISTA Número de identificación profesional _____		28. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____			
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 29.1 Tipo de vialidad _____ 29.2 Nombre de la vialidad _____ 29.3 Número de la vialidad _____ 29.4 Nombre del asentamiento humano _____ 29.5 Código Postal _____ 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 OFICINA DE REGISTRO CIVIL O JUZGADO Libro Núm. _____ 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

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

375



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
LOCALIDAD	
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA
FINADO	
SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	
NOMBRE:	
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 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 <input 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:	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICA LA DEFUNCION:	
NO. DE CEDULA PROFESIONAL	RA EL CASO
DOMICILIO:	
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.	

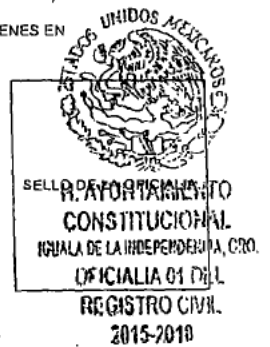
FIRMAS

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. DEL REGISTRO CIVIL LIC.

FIRMA



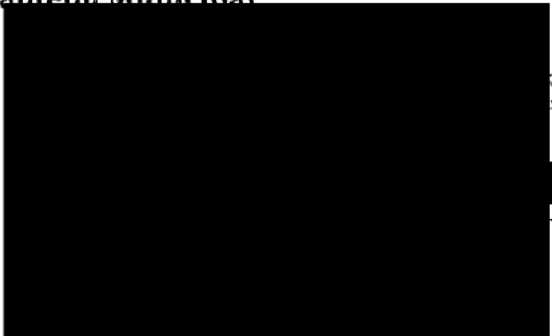
Art. 110
Fracción VII
LFTAP
Motivación 1

Art. 113
Fracción I
LFTAP
Motivación 2

"Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

Iguala Gro, a 18 octubre de 2017.

Se autoriza a la C. [REDACTED] Fosa en Temporalidad (prestada) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [REDACTED] en la [REDACTED] ampliación del panteón Municipal



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
DE IGUALA, GRO
DIRECCION DE PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO



SECRETARÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
FISCALÍA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
FISCALÍA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN PARA EL CASO
MEXICO, D.F. - COTZACAPAN



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017
FOLIO

377

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL
S DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL
ANSPIRENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL.

AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
Y LA 2ª COPIA (AZUL) Y LA 2ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (VERDE)

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

Art. 110
Fracc. I
LFTAI
Motivación 1

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE ORIGEN	
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL		
11. ESCOLARIDAD		12. ¿TRABAJABA?		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. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		21. ¿SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS?		22. ¿SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA?		
23. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		24. PARENTESCO CON EL FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR		
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		27. NOMBRE		28. DOMICILIO Y TELÉFONO		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA		
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33. ENTIDAD FEDERALIVA		34. DÍA, MES Y 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: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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) [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 [REDACTED] CREMACION [REDACTED] 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] **DE EL CASO**

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]

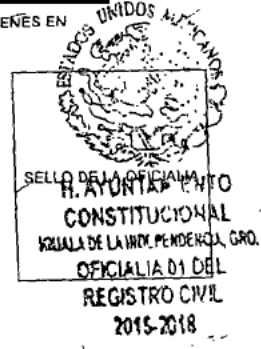
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

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

FIRMAS
[REDACTED]

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. [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL
LIC. [REDACTED]



Art. 113
Frac. VII
LFTAP
Motivación

Art. 113
LFTAP
Motivación 2

Noviembre

2017

2a. Ampliación
Panteón Mpal.



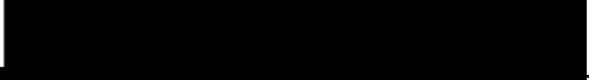
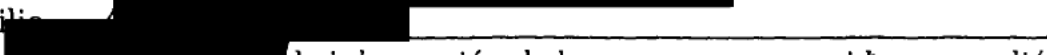

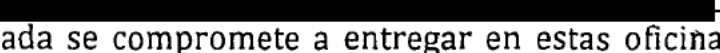
DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 3 del mes Noviembre del 2017

Se autoriza al C.  con domicilio en  tel. no.  la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón,
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.


Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

ATENTAMENTE

AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
SECRETARÍA DE GOBIERNO
DEPARTAMENTO DE DESARROLLO

(733) 33 396 00 Ext. 150

residencia@iguala.gob.mx
ww.iguala.gob.mx

 Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

382



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [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) [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 [REDACTED] REMACION [REDACTED] 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 CERTIFICA LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE AL DE INVESTIGACION NOMBRE: [REDACTED] EL CASO [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]

FIRMAS [REDACTED]

DECLARANTE [REDACTED]

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

[REDACTED]

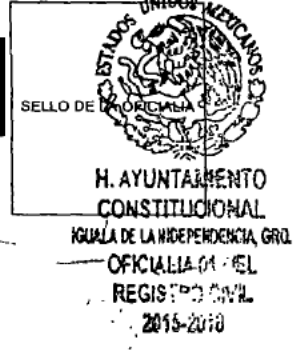
[REDACTED]

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

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



Art. 10 Fracc. VII LFTAIIP Motivación 1

Fracc. I LFTAIIP Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

383



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:

ACTA DE DEFUNCIÓN

Table with columns: OFICIALÍA, LIBRO, ACTA, CRIP, CURP, FECHA DE REGISTRO. Includes fields for LOCALIDAD, MUNICIPIO O DELEGACIÓN, ENTIDAD FEDERATIVA.

DATOS DEL FINADO

Form containing personal data: NOMBRE (NOMBRES, PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO), SEXO (MASCULINO, FEMENINO), ESTADO CIVIL, NACIONALIDAD, EDAD, FECHA DE NACIMIENTO, LUGAR DE NACIMIENTO (LOCALIDAD, MUNICIPIO, ENTIDAD FEDERATIVA, PAIS), NOMBRE DEL CÓNYUGE, NOMBRE DEL PADRE, NACIONALIDAD, CURP, NOMBRE DE LA MADRE, NACIONALIDAD, CURP.

DATOS DEL FALLECIMIENTO

Form containing death details: FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN, LUGAR, No. DE CERTIFICADO, DESTINO DEL CADÁVER (REPOSICIÓN, INHUMACIÓN, CREMACIÓN), NOMBRE DEL PANTEÓN O CREMATARIO, LUGAR DEL FALLECIMIENTO, CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN, NOMBRE DEL MÉDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN, No. DE CÉDULA PROFESIONAL.

DATOS DEL COMPARECIENTE

Form containing witness information: NOMBRE, PARENTESCO, NACIONALIDAD, EDAD.

OBSERVACIONES Ó ANOTACIONES REGISTRADAS:





SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN, EN CUPLIMIENTO AL ARTÍCULO 302 DEL CÓDIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO, EN IGUALA, GUERRERO, 22 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2017, DOY FE. LIC. [Signature] NOMBRE Y FIRMA. Includes official stamp and date.

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

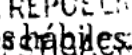
Nº 

Iguala de la independencia, Gro., a 05 del mes NOVIEMBRE del 2017.

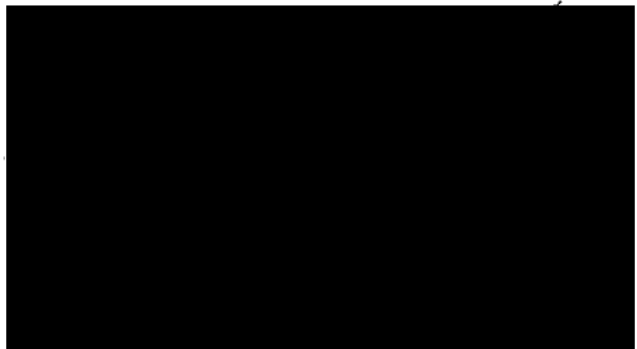
Se autoriza al C.  con domicilio  tel. no.  inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:


- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.


Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.


Con fecha límite de:  dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



 (733) 33 396 00 Ext. 150

 presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

 **Palacio Municipal**
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

385

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 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 INFANTE

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/>				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"/> 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: _____		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 Añote 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 Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> Profesional <input 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"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input checked="" type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99				13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 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 Establecimientos de Salud (CIUES): _____ Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99							
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 checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
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) Debido a _____ 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 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 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 checked="" type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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"/> 99 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99				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 (via pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		22.4 Añote 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"/> 99	
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 DEL INFANTE 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"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique _____				26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número _____			
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____				28. _____			
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. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad _____			

Act. 110
Fracc. V.
LFTAI
Motivación 1

Act. 113
LFTAI
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

386



OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____

LIBRO: _____ ACTA No. _____ LOCALIDAD: _____

MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO: _____ SEXO: HOMBRE _____ MUJER _____

NOMBRE: _____
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: _____
(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 _____ CREMACION _____ NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
 B) _____
 C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE
 PAL DE LA REPUBLICA
 INVESTIGACION

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: CON PAIS _____ 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 RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. _____ EL REGISTRO CIVIL
 LIC. _____



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

388

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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____
5. CURP _____ Se ignora <input type="checkbox"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique _____ 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 Se ignora <input type="checkbox"/>	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 10.1 Código Postal _____ 10.2 Localidad _____ 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 Nombre del asentamiento humano _____ (si residía en el extranjero)		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> 1. Primaria <input checked="" type="checkbox"/> 2. Secundaria <input type="checkbox"/> 3. Tercera <input type="checkbox"/> 4. Cuarta <input type="checkbox"/> 5. Quinta <input type="checkbox"/> 6. Superior <input type="checkbox"/> 7. Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 8. Profesional <input type="checkbox"/> 9. Posgrado <input type="checkbox"/> 10. Se ignora <input type="checkbox"/> 11. La escolaridad seleccionada es: _____ Se ignora <input type="checkbox"/> 12. Trabajaba: Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input checked="" type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 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"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Via pública <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
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 _____		
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="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN 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) _____ 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="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? Sí <input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2.		

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <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. Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1. Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2. Área deportiva <input type="checkbox"/> 3. Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4. Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5. Se ignora <input type="checkbox"/> 9. 22.4 Describe 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 Describe 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 _____		

DEL INF.

23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	24. PAIS _____
--	-------------------

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> 1. Médico legista <input type="checkbox"/> 2. Otro médico <input 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 FUERA DEL PAIS Sí <input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. Se ignora <input type="checkbox"/> 3.
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. SI EL CERTIFICANTE ES FUERA DEL PAIS Sí <input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. Se ignora <input type="checkbox"/> 3.
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 Nombre del asentamiento humano _____ 29.6 Localidad _____ 29.7 Municipio o delegación _____ 29.8 Entidad federativa _____ 29.9 Teléfono _____		30. SI EL CERTIFICANTE ES FUERA DEL PAIS Sí <input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. Se ignora <input type="checkbox"/> 3.

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Num. _____ Libro Num. _____	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____
--	---





CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

389

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. ENTIDAD Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
5. CURP _____ 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 _____ Se ignora <input type="checkbox"/>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 10.1 Número Exterior _____ 10.2 Núm. Interior _____ 10.3 Tipo de asentamiento humano _____ 10.4 Código Postal _____ 10.5 Localidad _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Nombre del asentamiento humano _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		12. ACTIVIDAD LABORAL Trabajaba <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Número Exterior _____ 15.2 Núm. Interior _____ 15.3 Tipo de asentamiento humano _____ 15.4 Código Postal _____ 15.5 Localidad _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Nombre del asentamiento humano _____ 15.10 Entidad federativa _____	
16. FECHA DE DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN 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) _____ 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 64 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 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"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <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? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
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 INF. Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) _____		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil* <input type="checkbox"/> Otro* _____ *Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____ FIRMADO _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 28.1 Tipo de vivienda _____ 28.2 Nombre de la vivienda _____ 28.3 Nombre del asentamiento humano _____ 28.4 Código Postal _____ 28.5 Localidad _____ 28.6 Nombre del asentamiento humano _____ 28.7 Código Postal _____ 28.8 Localidad _____ 28.9 Nombre del asentamiento humano _____ 28.10 Entidad federativa _____ 28.11 Teléfono _____		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Acta Núm. _____ 30.2 Municipio o delegación _____ 30.3 Entidad federativa _____		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 _____	

SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
 FEDERAL DE INVESTIGACIÓN
 FORENSE PARA EL CASO

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, 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

390



OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____

MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____

ENTIDAD FEDERATIVA: _____ FINADO: _____

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____
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: _____
(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 REMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLEGIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
 B) _____
 C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ INVESTIGACION _____ 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 RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. _____ DEL REGISTRO CIVIL
LIC. _____



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

Art 113

Art 110
Fracción VII
LFCAI

Motivación 1

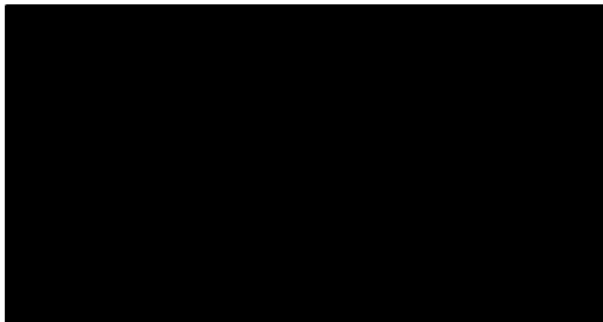
INTERESADO

Motivación 2

"Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

Iguala Gro, a 13 noviembre de 2017.

Se autoriza a la C. [REDACTED] Fosa en Temporalidad (prestada) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [REDACTED] en la [REDACTED] Ampliación del Panteón Municipal.



TO MUNICIPAL
OSIONAL
ONES
2
Y 2017



AL DE LA REPÚBLICA
L DE INVESTIGACIÓN
N PARA EL CASO
TZINAPA



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

FOLIO
 393

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
2. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
6. PESO _____ Kilogramos Gramos		7. TALLA _____ Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		
9. 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		
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Vuelto(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11. RESIDENCIA HABITUAL Anota el domicilio permanente donde vive el fallecido(a) Calle y número _____ Colonia _____ Localidad _____ Municipio o delegación _____ Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba _____ Se ignora <input type="radio"/>
14. 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"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación _____
15. SITIO DE OCURRENCIA DE 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"/> 15.1 Nombre de la unidad médica _____ pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/>		
16.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minutos _____		
18. ¿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. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anota una sola causa en cada renglón. Evita señalar modos de morir: septicemia, parálisis, etc.) PARTES I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Causas antecedentes: Estados morbosos, el estado morbosos, el estado morbosos, que produjeron la causa consignada arriba, mencionados en último lugar la causa básica c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTES II Otros estados morbosos que contribuyeron a la muerte pero que no se relacionan con la enfermedad o lesión morbosos que la produjo		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN - Código CIE _____
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 ¿Embarazada al momento de ocurrir la muerte? El embarazo <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22.2 ¿Las causas antecedentes incluyen complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
22.3 ¿Las causas antecedentes complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		23.1 ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECÍFICAMENTE DE LA REPÚBLICA? Accidental <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
23.2 ¿Ocurrió en el domicilio? <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		23.3 ¿Ocurrió en el domicilio? <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
23.4 ¿Ocurrió en el domicilio? <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		23.5 ¿Ocurrió en el domicilio? <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
23.6 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión ZINAPA		
23.7 Sólo en caso de accidente, anota el domicilio donde ocurrió la lesión Calle y número _____ Colonia _____ Localidad _____ Municipio o delegación _____ Entidad federativa _____		
24. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____ Número de la cédula profesional _____
26. 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"/>		27. EL CERTIFICANTE ES MÉDICO _____ Número de la cédula profesional _____
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE _____ Calle y número _____		29. TELÉFONO _____ Calle y número _____
30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE _____ Calle y número _____		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____
31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO OFICIAJÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		34.1 Localidad _____
33.1 Acta Núm. _____		34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____

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

DIRECCION DE PANTEONES

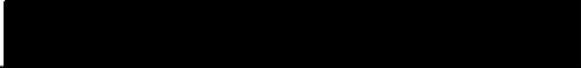



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 02 del mes Diciembre del 2017.



Se autoriza al C.  con domicilio  tel. no.  la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de  persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.


Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.


SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
FEDERAL PARA EL CASO
DE INHUMACIÓN


ATENTAMENTE



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
DE IGUALA, GRO.
DIRECCION DE PANTEONES
2015
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

 (733) 33 396 00 Ext. 150


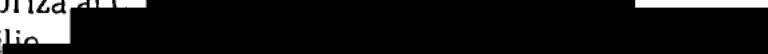
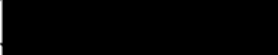

 presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

 **Palacio Municipal**
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

FOSA COMUNITARIA No



Iguala de la independencia, Gro., a 17 del mes Diciembre del 2017.

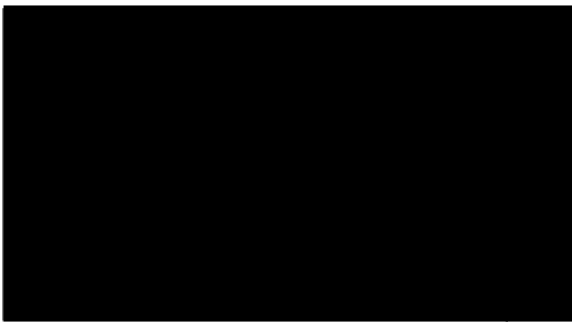
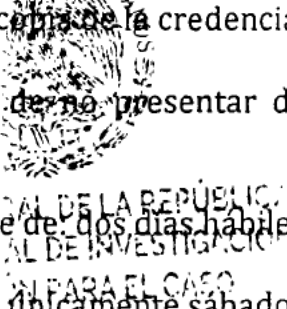
Se autoriza al C.  con domicilio en  tel. no.  la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.


Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.


Con fecha límite de dos días hábiles.


Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

 (733) 33 396 00 Ext. 150

 presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

 **Palacio Municipal**
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Enero

2018



2a. Ampliación
Panteón Mpal.



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

397



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:

ACTA DE DEFUNCIÓN

Table with columns: OFICIALÍA, LIBRO, ACTA, CRIP, CURP, FECHA DE REGISTRO. Includes fields for LOCALIDAD, MUNICIPIO O DELEGACIÓN, ENTIDAD FEDERATIVA.

DATOS DEL FINADO

Form fields for deceased: NOMBRE (NOMBRE(S), PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO), SEXO (MASCULINO, FEMENINO), ESTADO CIVIL, NACIONALIDAD, EDAD, FECHA DE NACIMIENTO, LUGAR DE NACIMIENTO (LOCALIDAD, MUNICIPIO, ENTIDAD FEDERATIVA, PAIS), NOMBRE DEL CÓNYUGE, NOMBRE DEL PADRE, NACIONALIDAD, CURP, NOMBRE DE LA MADRE, NACIONALIDAD, CURP.

DATOS DEL FALLECIMIENTO

Form fields for death: FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN, LUGAR, No. DE CERTIFICADO, DESTINO DEL CADÁVER (HUMACIÓN, REMACIÓN), NOMBRE DEL PANTEÓN O CREMATORIO, LUGAR DEL FALLECIMIENTO, CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN, NOMBRE DEL MÉDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN, No. DE CÉDULA PROFESIONAL.

DATOS DEL COMPARECIENTE

Form fields for witness: NOMBRE, PARENTESCO, NACIONALIDAD, EDAD.

OBSERVACIONES Ó ANOTACIONES REGISTRADAS: [Blank area with stamp]

SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN, EN CUPLIMIENTO AL ARTÍCULO 302 DEL CÓDIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO, EN IGUALA, GUERRERO, A LOS 10 DÍAS DEL MES DE ENERO DEL 2018, DOY FE.

LIC. [Name] COTEJO- ETS NOMBRE Y FIRMA [Signature] SELLO [Stamp]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

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

FOLIO

398

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.

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		8.2 Semanas de gestación:	
9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación:	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.6 Nombre del asentamiento humano	
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		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 34 AÑOS		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE	
27. NOMBRE		28. LOCALIDAD	
29. DOMICILIO y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN EL REGISTRO OFICIAL O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
31.1 Acta Núm.		32.1 Localidad	
31.2 Municipio o delegación		32.2 Municipio o delegación	
31.3 Entidad federativa		32.3 Entidad federativa	
31.4 Día Mes Año		32.4 Día Mes Año	

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017
FOLIO

399

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.

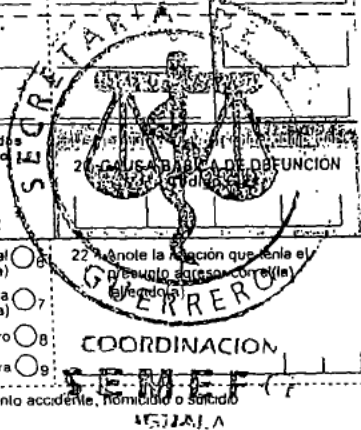
DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(a) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____			
5. CURP _____ Se ignora <input type="checkbox"/>				6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <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"/> 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="checkbox"/>		8.2 Semanas de gestación: _____		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		9. ESTADO CONYUGAL (cont.)			
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 reside en el extranjero): _____				11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Tercera <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: _____ Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____		12.1 Trabajaba: _____ Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		12.1 Trabajaba (cont.)			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____ Vía pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>				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="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfobia, 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) _____ 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. CAUSAS BÁSICAS 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="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 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"/>				21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <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? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" 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 industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Área deportiva (vía pública) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial de servicio <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.4 Anote la acción que tenía el presunto agresor con(tra) el(los) fallecido(s): _____ COORDINACIÓN GENERAL DE DEFUNCIÓN SECRETARÍA DE SALUD ESTADAL		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____			
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="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico* <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/> *Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, ANOTE: _____ _____ _____			
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE 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: _____ 29.11 Teléfono: _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA _____ JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Lugar: _____ Fecha: _____		Motivación 2					

SECRETARÍA DE SALUD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO FEDERAL DE INVESTIGACIONES
MÉDICAS PARA EL CASO



Art. 113
Facc. V
LFTAI

Art. 113
LFTAI

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

400

AMBITO DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Formulario de certificación de defunción con campos para nombre del fallecido, fecha de nacimiento, sexo, edad, estado conyugal, escolaridad, afiliación a servicios de salud, sitio donde sucedió la defunción, causas de la defunción, y datos del certificador.

LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CON 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

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



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

401



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: [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]

(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 [REDACTED] REMACION [REDACTED] 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
PRESENTO REQUISITOS.-

[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. [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL
LIC. [REDACTED]

SELO DE CA OFICIAL

H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
MEXICALCO DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICINA DEL
REGISTRO CIVIL
2015-01-10

Art. 100
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

INTERESADO

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Iguala Gro, a 22 enero de 2018.

Se autoriza al C. [REDACTED] La condonación del pago de Inhumación y Apertura de fosa, de la persona que en vida llevo el nombre de: [REDACTED] en el [REDACTED] Ampliación del Panteón Municipal.

[REDACTED] E
H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO
PANTEONES
2015 - 2018
[REDACTED] CIA Y DESARROLLO
TEONES.

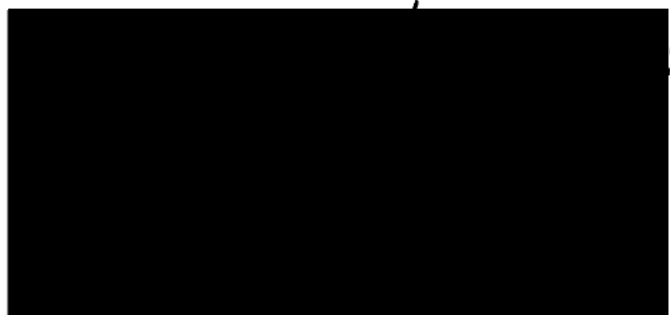


GENERAL DE LA REPUBLICA
FISCAL DE INVESTIGACION
FISCALIA PARA EL CASO
FISCALIA

"Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

Iguala Gro, a 02 enero de 2018.

Se autoriza a la C. [REDACTED] Fosa en Temporalidad (prestada) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de [REDACTED] Ampliación del Panteón Antiguo Municipal.



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
MUNICIPAL DE IGUALA, GRO
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

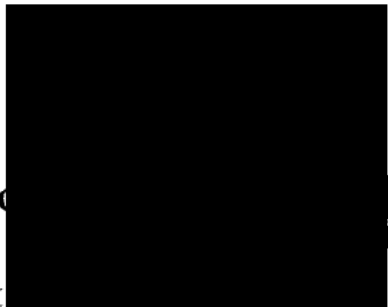


AL DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
PARA EL CASO
[REDACTED]



Iguala Gro, a 4 enero de 2018.

Se autoriza a la C. [REDACTED] Fosa en Temporalidad (prestada) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [REDACTED] en la [REDACTED] Ampliación del Panteón Municipal.



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
INSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO
PANTEONES
[REDACTED] - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO
ES

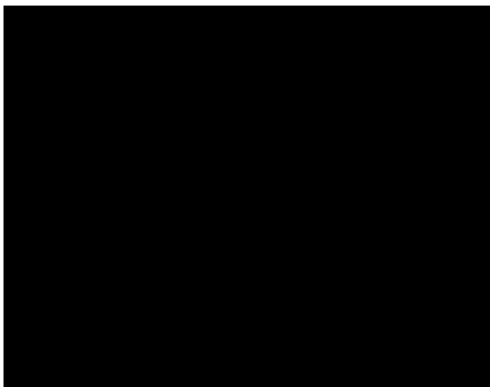


DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
[REDACTED]

"Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

Iguala Gro, a 02 enero de 2018.

Se autoriza a la C. [REDACTED] Fosa en Temporalidad (prestada) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [REDACTED] en la [REDACTED] Ampliación del Panteón Antiguo Municipal.



SECRETARÍA DE GOBIERNO
SECRETARÍA DE JUSTICIA
SECRETARÍA DE INTERIORES
SECRETARÍA DE ECONOMÍA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE CULTURA



SECRETARÍA DE INTERIORES
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE POLÍTICA
SECRETARÍA DE SEGURIDAD

MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

406

Serie

Folio

Tipo de Comprobante

Fecha

Lugar de Expedición

Número de serie del Certificado

Versión 3.3

EMISOR

Nombre

R.F.C.

Régimen Fiscal

RECEPTOR

Cliente

R.F.C.

Uso del CFDI

DATOS GENERALES

Moneda

Forma de Pago

Condiciones de Pago

Método de Pago

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto

Iv. Prod. Cant. Clv. U. Unidad

Descripción

Precio Unitario

Descuento

Importe

In con Letra:

SubTotal

Descuento

Total Comprobante

olio Fiscal UUID

o. de Serie del Certificado SAT

ecnia y Hora de Certificación



AL DE LA REPUBLICA
AL DE INVESTIGACION
IN PARA EL CASO
TEINAPA

ello digital del CFDI:

ello del SAT:

cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

407

Serie

Folio

Tipo de Comprobante Ingreso

Fecha

Lugar de Expedición

Número de serie del Certificado

Versión 3.3

EMISOR

Nombre R.F.C. Régimen Fiscal

RECEPTOR

Cliente R.F.C. Uso del CFDI

DATOS GENERALES

Moneda Forma de Pago Condiciones de Pago Método de Pago

DATOS ESPECIFICOS DEL RECIBO

Table with columns: v. Prod., Cant., Clv. U., Unidad, Descripción, Precio Unitario, Descuento, Importe. Includes subtotals for SubTotal, Descuento, and Total Comprobante.

Clave Fiscal UUID, No. de Serie del Certificado SAT, Fecha y Hora de Certificación

Stamp: GOBIERNO DEL ESTADO DE GUERRERO, SECRETARÍA DE ECONOMÍA, INSTITUTO FEDERAL DE DEFENSA Y PROTECCIÓN CONSUMIDORES

Clave digital del CFDI, Clave del SAT, Imagen Original del complemento de certificación digital del SAT

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

408

Serie

Folio

Tipo de Comprobante Ingreso

Fecha

Lugar de Expedición

Número de serie del Certificado

Versión 3.3

EMISOR

Nombre

R.F.C.

Régimen Fiscal

RECEPTOR

Cliente

R.F.C.

Uso del CFDI

DATOS GENERALES

Moneda

Forma de Pago

Condiciones de Pago

Método de Pago

DATOS ESPECIFICOS DEL RECIBO

Concepto

Clv. Prod.	Cant.	Clv. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[Redacted]							

SubTotal con Letra:

SubTotal

Descuento

Total Comprobante

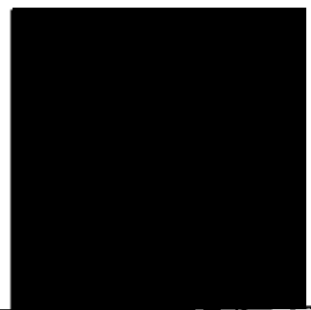
Folio Fiscal UUID

No. de Serie del Certificado SAT

Fecha y Hora de Certificación



AL DE LA REPUBLICA
AL DE INVESTIGACION
EN PARA EL CASO
TIZINAPA



Código digital del CFDI:

Código del SAT:

Imagen Original del complemento de certificación digital del SAT:

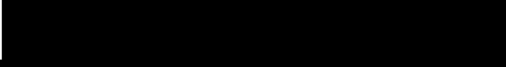





Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Nº 

Iguala de la independencia, Gro., a 05 del mes Enero del 2018.

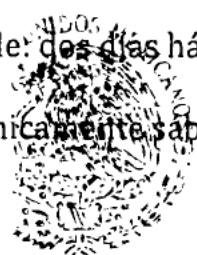
Se autoriza al C.  con domicilio  tel. no.  inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

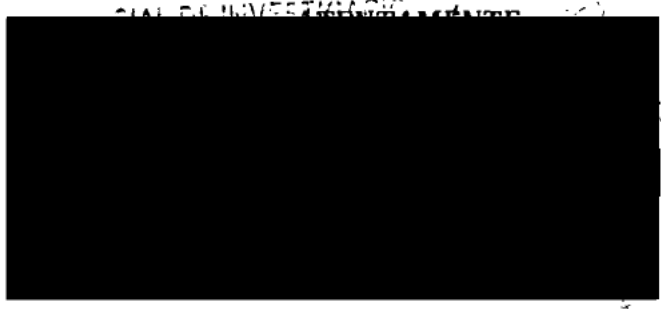
Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.


Con fecha límite de: ~~dos~~ ^{dos} días hábiles.


Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.




TERAL DE LA REPUBLICA
CIAL DE INVESTIGACION



 (733) 33 396 00 Ext. 150

 presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx





 **Palacio Municipal**
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 

Iguala de la independencia, Gro., a 4 del mes ENERO del 2018.

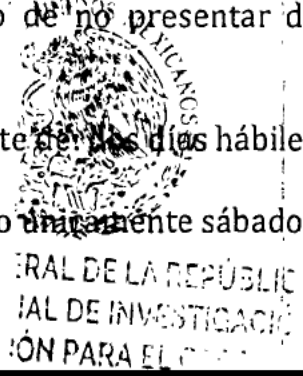
Se autoriza al C.  con domicilio  tel. no  la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en éstas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:


- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.


Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.


Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



 (733) 33 396 00 Ext. 150





 presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

 **Palacio Municipal**
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

411

Nº 

Iguala de la independencia, Gro., a 02 del mes Enero del 2018.

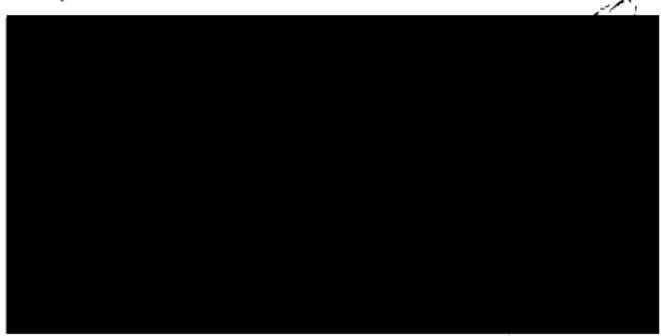
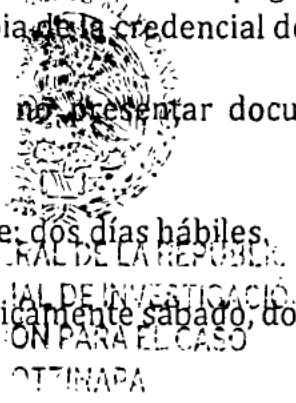
Se autoriza al C.  con domicilio  tel. no.  a inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.


Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.


Con fecha límite de: dos días hábiles.


Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.

 (733) 33 396 00 Ext. 150

 **Palacio Municipal**
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

 presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

412

Serie

Folio

Tipo de Comprobante

Fecha

Lugar de Expedición

Número de serie del Certificado

Versión 3.3

EMISOR

Nombre

R.F.C.

Régimen Fiscal

RECEPTOR

Cliente

R.F.C.

Uso del CFDI

DATOS GENERALES

Moneda

Forma de Pago

Condiciones de Pago

Método de Pago

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto

Clv. Prod.	Cant.	Clv. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
------------	-------	---------	--------	-------------	-----------------	-----------	---------

Importe con Letra:

SubTotal
Descuento
Total Comprobante

Folio Fiscal UUID

No. de Serie del Certificado SAT

Fecha y Hora de Certificación



FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
FISCALÍA DE INVESTIGACIÓN
FISCALÍA PARA EL CASO
MOTZINTZIN

Objeto

Código digital del CFDI:

Código del SAT:

Imagen Original del complemento de certificación digital del SAT:



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Febrero

2018

2a. Ampliación
Panteón Mpal.



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 DEFUNCION EN LA CUAL SE CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS:

ACTA DE DEFUNCION

Table with columns: OFICIALIA, LIBRO, ACTA, CRIP, CURP, FECHA DE REGISTRO. Includes fields for LOCALIDAD, MUNICIPIO O DELEGACION, ENTIDAD FEDERATIVA.

DATOS DEL FINADO

Form containing personal data: NOMBRE (NOMBRES, PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO), SEXO (MASCULINO, FEMENINO), ESTADO CIVIL, NACIONALIDAD, EDAD, FECHA DE NACIMIENTO, LUGAR DE NACIMIENTO (LOCALIDAD, MUNICIPIO, ENTIDAD FEDERATIVA, PAIS), NOMBRE DEL CONYUGE, NACIONALIDAD, NOMBRE DEL PADRE (NOMBRES, PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO), NACIONALIDAD, CURP, NOMBRE DE LA MADRE (NOMBRES, PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO), NACIONALIDAD, CURP.

DATOS DEL FALLECIMIENTO

Form containing death details: FECHA Y HORA DE DEFUNCION, LUGAR, No. DE CERTIFICADO, DESTINO DEL CADAVER (MACION, EMACION), NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO, LUGAR DEL FALLECIMIENTO, CAUSA(S) DE LA DEFUNCION, NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION, No. DE CEDULA PROFESIONAL.

DATOS DEL COMPARECIENTE

Form containing witness information: NOMBRE, NITESCO, NACIONALIDAD, EDAD.

OBSERVACIONES O ANOTACIONES REGISTRADAS:

SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACION EN CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 102 DEL CODIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO, EN IGUALA, GUERRERO, 02 DE MARZO DEL 2018, DOY FE

LIC. [Redacted] NOMBRE Y FIRMA



SELLO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO 415

ANTES DE EMPEZAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Formulario de certificado de defunción con campos numerados del 1 al 32, incluyendo datos personales, causas de defunción, y detalles del registro.

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

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

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONF. 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		5. CURP	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL	
10. RESIDENCIA HABITUAL			
11. ESCOLARIDAD		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			
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 (Anote una sola causa en cada categoría. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)			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 54 AÑOS		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
23. SITIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN		24. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
25. CERTIFICADA POR			
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
27. NOMBRE			
28. FIRMA			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
32.1		32.2	
32.3		32.4	

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

AVISO: 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

417



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
LOCALIDAD	
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA
FINADO	
SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	
NOMBRE: _____	
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 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 type="checkbox"/> REMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____
UBICACION: _____	ORDEN NO.: _____
DONDE FALLECIO: _____	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____	
B) _____	
C) _____	
TIPO DE DEFUNCION: _____	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____	
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____	
DOMICILIO: _____	
AL DE LA REPUBLICA... DECLARANTE	
NOMBRE: _____ INVESTIGACION	
NACIONALIDAD: N. _____ SO	
PARENTESCO: _____	
DOMICILIO: _____	
OCUPACION: _____	
TESTIGOS	
NOMBRE: _____	
NACIONALIDAD: _____	
PARENTESCO: _____	
DOMICILIO: _____	
OCUPACION: _____	
NOMBRE: _____	
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 RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. _____ DEL REGISTRO CIVIL



M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
MUNICIPALIDAD DE LA INDEPENDENCIA, GAO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL

2016-08

Art. 110
Fracción V

LFTAIP
Motivación 1

INTERESADO

Art. 113
Fracción I

LFTAIP
Motivación 2



DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº [Redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 11 del mes Febrero del 2018.

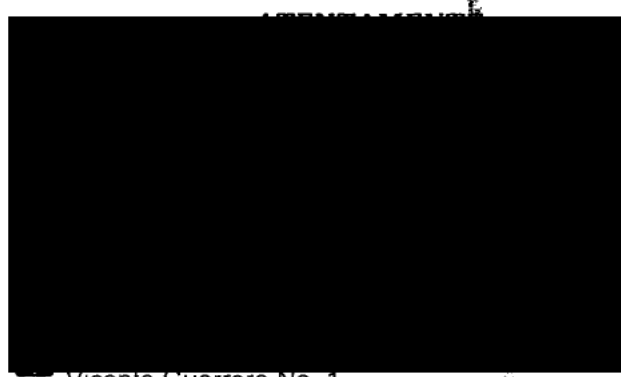
Se autoriza al C. [Redacted] con domicilio [Redacted] tel. no. [Redacted] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [Redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
FEB 11 2018
DIRECCION DE PANTEONES Y DESARROLLO

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Marzo

GENERAL DE LA REPÚBLICA
FISCAL DE INVESTIGACIÓN
FISCALÍA PARA EL CASO
AYOTZINAPA

2018

2a. Ampliación
Panteón Mpal.



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

420

Número Recibo [Redacted]
Versión 3.3

Serie [Redacted]
Folio [Redacted]
Tipo de Comprobante [Redacted]
Fecha [Redacted]
Lugar de Expedición [Redacted]
Número de serie del Certificado [Redacted]

EMISOR

Nombre [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Cliente [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [Redacted] Forma de Pago [Redacted]
Condiciones de Pago [Redacted]
Método de Pago [Redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [Redacted]

Cív. Prod.	Cant.	CIV. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
------------	-------	---------	--------	-------------	-----------------	-----------	---------

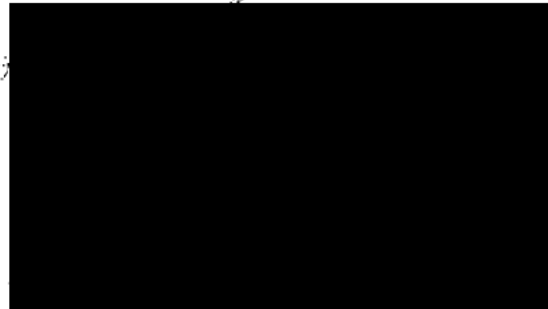
[Redacted]							
------------	--	--	--	--	--	--	--

Importe con Letra: [Redacted]

CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPAPA

SubTotal	[Redacted]
Descuento	[Redacted]
Total Comprobante	[Redacted]

Código Fiscal UUID [Redacted]
Código de Serie del Certificado SAT [Redacted]
Fecha y Hora de Certificación [Redacted]



Nombre [Redacted]
Código digital del CFDI: [Redacted]

Código del SAT: [Redacted]

Mediana Original del complemento de certificación digital del SAT: [Redacted]



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

421



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:

ACTA DE DEFUNCIÓN

OFICIALÍA	LIBRO	ACTA	CRIP	CURP	FECHA DE REGISTRO
[REDACTED]					
LOCALIDAD		MUNICIPIO O DELEGACIÓN		ENTIDAD FEDERATIVA	
[REDACTED]					

DATOS DEL FINADO

NOMBRE: [REDACTED]
NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

SÉXO: [REDACTED] MASCULINO [REDACTED] FEMENINO ESTADO CIVIL: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

EDAD: [REDACTED] FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA PAIS

NOMBRE DEL CÓNYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]
NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

NACIONALIDAD: [REDACTED] CURP: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]
NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

NACIONALIDAD: [REDACTED] CURP: [REDACTED]

DATOS DEL FALLECIMIENTO

FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN: [REDACTED] LUGAR: [REDACTED]

No. DE CERTIFICADO: [REDACTED] DESTINO DEL CADÁVER: [REDACTED] UMACIÓN [REDACTED] CREMACIÓN [REDACTED]

NOMBRE DEL PANTEÓN O CREMATARIO: [REDACTED]

LUGAR DE FALLECIMIENTO: [REDACTED]

CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN: [REDACTED]

NOMBRE DEL MÉDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN: [REDACTED]

No. DE CÉDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DATOS DEL COMPARECIENTE

NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

OBSERVACIONES Ó ANOTACIONES REGISTRADAS:

[REDACTED]

SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN EN CUMPLIMIENTO AL ARTÍCULO 14 DEL CÓDIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO DE GUERRERO EN LA CIUDAD DE IGUALA, GUERRERO, A LAS 14 HORAS DEL MES DE MARZO DEL 2018, DOY FE.

LIC. [REDACTED] NOMBRE Y FIRMA [REDACTED]

COTEJO [REDACTED]



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

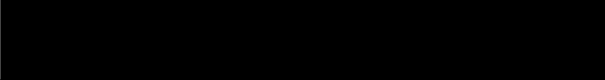


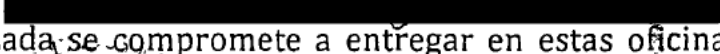


422

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 26 del mes Marzo del 2018.

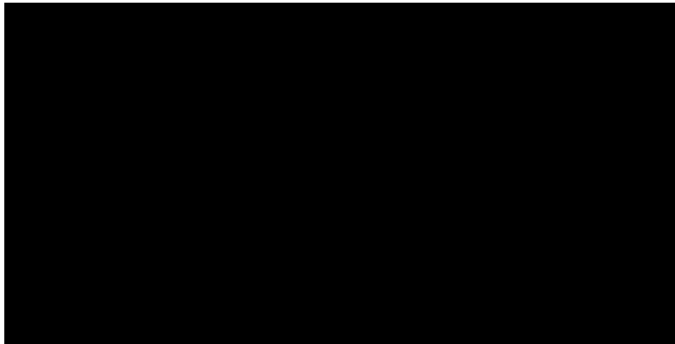
Se autoriza al C.  con domicilio  tel. no.  a inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:


- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.


Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.


Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



 (733) 33.396 00 Ext. 150

 presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

 **Palacio Municipal**
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero






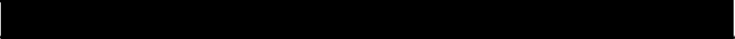
DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 25 del mes MARZO del 2018.

Se autoriza al C.  con domicilio  tel. no.  a inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

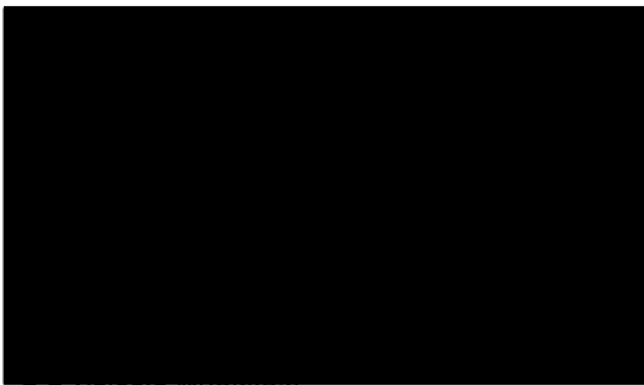
Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

DE LA REPUBLICA.

Con fecha límite de ~~investigación~~ **investigación** de ~~investigación~~ **investigación** días.

PARA EL CASO

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



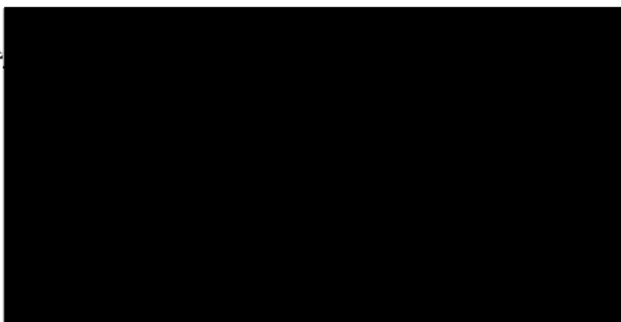
(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Iguala Gro, a 2 de marzo de 2018.

Se autoriza al C. [REDACTED] Fosa en Temporalidad (prestada) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [REDACTED] en [REDACTED] Ampliación del Panteón Antiguo Municipal, el día 24 de febrero del presente año.



TO MUNICIPAL
DE IGUALA, GRO
ONES
2018
Y HERRERERO



EL DE LA REPÚBLICA
L DE INVESTIGACIÓN
N PARA EL CASO
TZINAPA