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

FOLIO 210871725

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

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

210871725

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) IRMA NATALIA (Nombre(s)) CRESPO (Primer Apellido) RODRIGUEZ (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO 01 / 12 / 1980 (Día / Mes / Año)

3. SEXO Hombre ○1 Mujer ☒2 Se ignora ○9

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

5. CURP CERI801201MSLRDR02 Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

7. NACIONALIDAD Mexicana ☒1 Otra ○2 → Especifique 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 040 (Años cumplidos) Se ignora ○9

Para menores de 28 días anote:
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:
8.2 Semanas de gestación:
8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ○6 Viudo(a) ○2 Casado(a) ○5 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)
10.1 Tipo de vialidad: CALLE
10.2 Nombre de la vialidad: PEDRO RODRIGUEZ
10.3 Núm. Exterior: 5
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: POBLADO
10.6 Nombre del asentamiento humano:
10.7 Código Postal:
10.8 Localidad: SAN MIGUEL DE LA ATARJEA
10.9 Municipio o Alcaldía: ESCUINAPA
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): SINALOA

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

12. OCUPACIÓN HABITUAL AUXILIAR INTENDENCIA Se ignora ○99
12.1 Trabajaba Sí ☒1 No ○2 Se ignora ○9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ○1 ISSSTE ☒3 SEDENA ○5 Seguro Popular ○7 Otra ○8 IMSS ○2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS PROSPERA ○10 Se ignora ○99
13.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ○1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS PROSPERA ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9 Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99
14.1 Nombre de la unidad médica
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: CALLE
15.2 Nombre de la vialidad: INTERNACIONAL
15.3 Núm. Exterior: 107
15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: PLAZA
15.6 Nombre del asentamiento humano: SAN IGNACIO
15.7 Código Postal:
15.8 Localidad: MAZATLAN
15.9 Municipio o Alcaldía: MAZATLAN
15.10 Entidad federativa: SINALOA

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 27 / 06 / 2021 (Día / Mes / Año) 20 : 30 (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, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) PARO CARDIO RESPIRATORIO		
	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) TORAX INESTABLE		
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c) FRACTURA ARCOS COSTALES IZQUIERDOS		
	Debido a (o como consecuencia de)		
	d) ACCIDENTE DE TRANSITO TERRESTRE		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			

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

Uso exclusivo del personal codificador
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ☒1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○1 No ○2 Se ignora ☒9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Área deportiva ○3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Calle o carretera (vía pública) ☒4 Escuela u oficina pública ○2 Área comercial o de servicio ○5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○9
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: RSRO/UIMP/2724/2021/C1
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 Alcaldía
22.7.10 Entidad federativa

FGE FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO DE SINALOA
DIRECCIÓN DE UNIDAD REGIONAL DE INVESTIGACIÓN Y PERICIAL ZONA SUR

DEL INF.

23. NOMBRE LUZ ESTHER (Nombre(s)) CRESPO (Primer Apellido) RODRIGUEZ (Segundo Apellido)

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

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* ○8 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 1425213

27. NOMBRE SAMUEL (Nombre(s)) FRAIRE (Primer Apellido) VALLES (Segundo Apellido)

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: CARRETERA
29.2 Nombre de la vialidad: INTERNACIONAL
29.3 Núm. Exterior: AL SUR
29.4 Núm. Interior: KM 5
29.5 Tipo de asentamiento humano: COLONIA
29.6 Nombre del asentamiento humano: AJAHUAC
29.7 Código Postal:
29.8 Localidad: MAZATLAN
29.9 Municipio o Alcaldía: MAZATLAN
29.10 Entidad federativa: SINALOA
29.11 Teléfono: 6699802209

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 28 / 06 / 2021 (Día / Mes / Año)

REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad