



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

220701832

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Persona desconocida

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

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO/A CRISTINA SOCORRO BECERRA		2. FECHA DE NACIMIENTO 14/11/21/1960		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO MEXICO	
5. CURP B E S C 6 0 1 1 2 1 1 4 M M I C C I N D 2 0 B		6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROMEXICANA/O? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Especifique: Maya	
9. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique:		10. EDAD CUMPLIDA Para menores de 28 días de nacido anote: 10.1 Folio del Certificado de Nacimiento 10.2 Semanas de gestación 10.3 Peso al nacer (gramos)		11. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero/a <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Viudo/a <input type="radio"/>		12. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecido/a 12.1 Tipo de vivienda 12.2 Nombre de la vivienda 12.3 Núm. Ext. 12.4 M. 12.5 Tipo de asentamiento humano 12.6 Nombre del asentamiento humano 12.7 Código Postal 12.8 Localidad 12.9 Municipio o Alcaldía 12.10 Entidad federativa o país (si residía en el ext)	
13. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>		14. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSFAM <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique:		16. NOMBRE Lucio Aguilar Becerra	
17. PARENTESCO CON LA (EL) FALLECIDO/A Hija		18. FIRMA DE LA (DEL) VIVIENTE [Firma]		19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> Otra unidad médica pública <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 20.1 Tipo de vivienda 20.2 Nombre de la vivienda 20.3 Núm. Ext. 20.4 M. 20.5 Tipo de asentamiento humano 20.6 Nombre del asentamiento humano 20.7 Código Postal 20.8 Localidad 20.9 Municipio o Alcaldía 20.10 Entidad federativa	
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año 11/06/2023 Horas Minutos 10:05		22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
25. TIPO DE DEFUNCIÓN Enfermedad <input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Agresión <input type="radio"/> Lesiones autoinfligidas intencionalmente <input type="radio"/> Intervención legal <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		26. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Reporte la enfermedad o condición causante directamente de defunción en línea a) Reporte la cadena de afecciones o eventos en debido orden (el aplica). Anote la causa básica en la última línea utilizada. a) Insuficiencia renal aguda b) Hipertensión arterial sistémica c) Diabetes mellitus II d) PARTE II. Otras condiciones o estados patológicos significativos que no pertenecen a la parte I, pero que su presencia contribuyó a la defunción. (el intervalo de tiempo puede incluirse después del estado patológico)		27. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		28. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 28.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 45 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 defunción <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>	
29. ¿LA (EL) FALLECIDO/A PRESENTÓ MUERTE ENCEFÁLICA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 1. 1 AÑO 2. 13 AÑOS 3. 17 AÑOS		31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) Vivienda particular <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/>	
33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA		34. RELACIÓN DE LA (DEL) PRESUNTO AGRESOR/A CON LA (EL) FALLECIDO/A		35. DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA LESIÓN (ACCIDENTAL, VIOLENTA O SI ES INTOXICACIÓN, ESPECIFIQUE EL AGENTE TÓXICO):		36. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) 36.1 Tipo de vivienda 36.2 Nombre de la vivienda 36.3 Núm. Ext. 36.4 M. 36.5 Tipo de asentamiento humano 36.6 Nombre del asentamiento humano 36.7 Código Postal 36.8 Localidad 36.9 Municipio o Alcaldía 36.10 Entidad federativa	
37. CERTIFICADA POR Médico/a tratante <input checked="" type="radio"/> Médico/a legista <input type="radio"/> Otro/a médico/a <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad Civil <input type="radio"/> Otro/a <input type="radio"/> Especifique:		38. NOMBRE Alfredo Holasco Lopez		39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICO/A Número de la cédula profesional 6814274		40. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE [Firma]	
41. DOMICILIO Y TELÉFONO 41.1 Tipo de vivienda 41.2 Nombre de la vivienda 41.3 Núm. Ext. 41.4 M. 41.5 Tipo de asentamiento humano 41.6 Nombre del asentamiento humano 41.7 Código Postal 41.8 Localidad 41.9 Municipio o Alcaldía 41.10 Entidad federativa 41.11 Teléfono		42. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año 11/06/2023		43. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm. Acta		44. LUGAR DE REGISTRO 44.1 Localidad 44.2 Municipio o Alcaldía 44.3 Entidad federativa	
45. FECHA DE REGISTRO Día Mes Año							

220701832



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO

REGISTRO CIVIL

C R I P

ACTA DE NACIMIENTO
C N° 6979352

CURP

ETIQUETA

CLAVE UNICA DE REG. DE POBLACION

150420194001107

OFICIALIA No. 01	LIBRO No. 01	ACTA No. 0110	LOCALIDAD IXTLAHUACA	FECHA DE REGISTRO DIA MES AÑO 18 01 94
MUNICIPIO O DELEGACION IXTLAHUACA			ENTIDAD FEDERATIVA MEXICO	

OMBRE ANA JESSICA AGUILAR SEXO: MASCULINO ☐ FEMENINO ☒ BECERRIL.
(NOMBRE(S)) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

CHA DE NACIMIENTO 22 DE OCTUBRE DE 1992. HORA 04:00

GAR DE NACIMIENTO GUADALUPE CACHI IXTLAHUACA MEXICO.
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO O DELEGACION) (ENTIDAD FEDERATIVA)

E REGISTRADO: VIVO ☒ MUERTO ☐ No. DE CERTIFICADO DE NACIMIENTO - - - - -

OMPARECIO: EL PADRE ☐ LA MADRE ☒ AMBOS ☐ PERSONA DISTINTA ☐

OMBRE DEL PADRE FIDEL AGUILAR MATIAS. EDAD 36 AÑOS

ACIONALIDAD MEXICANA DOMICILIO GUADALUPE CACHI, IXTLAHUACA, MEXICO.

OMBRE DE LA MADRE CRISTINA SOCORRO BECERRIL SANCHEZ. EDAD 33 AÑOS

ACIONALIDAD MEXICANA DOMICILIO GUADALUPE CACHI, IXTLAHUACA, MEXICO.

BUELO PATERNO FRANCISCO AGUILAR GARCIA. NACIONALIDAD MEXICANA

BUELA PATERNA LEONOR MATIAS RASCUAL. NACIONALIDAD MEXICANA

OMICILIO(S) GUADALUPE CACHI, IXTLAHUACA, MEXICO.

BUELO MATERNO ANDRES BECERRIL GREGORIO. (FINADO) NACIONALIDAD MEXICANA

BUELA MATERNA MARIA JUSTA SANCHEZ SANCHEZ. NACIONALIDAD MEXICANA

OMICILIO(S) GUADALUPE CACHI, IXTLAHUACA, MEXICO.

OMBRE ESIQUIO SALGADO MARTINEZ. NACIONALIDAD MEXICANA EDAD 64 AÑOS

OMICILIO MORELOS # 21, IXTLAHUACA, MEXICO.

OMBRE ESPIRIDION CRUZ FELIX. NACIONALIDAD MEXICANA EDAD 63 AÑOS

OMICILIO EMILIANO ZAPATA, IXTLAHUACA, IXTLAHUACA, MEXICO.

PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO

OMBRE - - - - - PARENTESCO - - - - - EDAD - - - - - AÑOS

OMICILIO - - - - -

FIRMAS DE LOS PADRES O DE LA PERSONA DISTINTA QUE PRESENTA AL REGISTRADO

CRISTINA SOCORRO BECERRIL SANCHEZ.

FIRMAS DE LOS TESTIGOS

HUELLA DIGITAL
DEL REGISTRADO

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. DOY FE.

EL C. OFICIAL 01 DEL REGISTRO CIVIL

C. MARIA GUADALUPE QUINANO PEDRAZA.

NOMBRE

FIRMA

PULGAR DERECHO

SELLO DE LA
OFICINA DEL
REGISTRO CIVIL

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO SI PRESENTA TACHADURAS O ENMIENDAS