ENTREGUE EL ORIGINAL A LA OFICIALÍA DEL REGISTRO CIVIL Y LA COPIA AL ÁREA RESPONSABLE DE ESTADÍSTICAS VITALES

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

231045423

**DE LA (DEL) FALLECIDO**

1. Nombre(s): SPENCER ABRAHAM — Primer Apellido: TREJO — Segundo Apellido: PEREZ

2. FECHA DE NACIMIENTO: 25 11 1986 (Día Mes Año)

3. SEXO: Hombre (X) 1 Mujer ( ) 2 Se ignora ( ) 99

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO (Entidad federativa o país, si nació en el extranjero): CIUDAD DE MEXICO

5. CURP: TEPS861129HDFRRP06

6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O? Sí ( ) 1 No (X) 2 Se ignora ( ) 9

7. ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA? Sí ( ) 1 No (X) 2 Se ignora ( ) 9

8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ( ) 1 No (X) 2 Se ignora ( ) 9 *Especifique:

9. NACIONALIDAD: Mexicana (X) 1 Se ignora ( ) 9 Otra* ( ) 2 *Especifique:

10. 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): 36 — Se ignora ( ) 9

Para menores de 28 días de nacida/o anote:
10.1 Folio del Certificado de Nacimiento
10.2 Semanas de gestación
10.3 Peso al nacer (gramos)

11. SITUACIÓN CONYUGAL: Se ignora ( ) 9 — Soltera/o ( ) 1 En unión libre (X) 4 Casada/o ( ) 5 — Separada/o ( ) 6 Divorciada/o ( ) 3 Viuda/o ( ) 2

12. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecida/o:
12.1 Tipo de vialidad: CALLE
12.2 Nombre de la vialidad: ALTAVISTA
12.3 Núm. Ext.: MZA 3
12.4 Núm. Int.: LT 11
12.5 Tipo de asentamiento humano:
12.6 Nombre del asentamiento humano: COLONIA SAN LORENZO
12.7 Código Postal: 56340
12.8 Localidad:
12.9 Municipio o Alcaldía: CHIMALHUACAN,MEX.
12.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): MEXICO

13. ESCOLARIDAD: Ninguna ( ) 1 Primaria ( ) 3 Bachillerato o preparatoria (X) 7 Posgrado ( ) 10 Preescolar ( ) 12 Secundaria ( ) 5 Profesional ( ) 8 Se ignora ( ) 99
13.1 La escolaridad seleccionada es: Completa (X) 1 Incompleta ( ) 2

14. OCUPACIÓN HABITUAL: POLICIA ESTATAL SERVIDOR PUBLICO — Se ignora ( ) 99
14.1 Trabajaba: Sí (X) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9

15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ( ) 1 ISSSTE ( ) 3 SEDENA ( ) 6 IMSS BIENESTAR ( ) 10 ISSFAM ( ) 11 Se ignora ( ) 99 — IMSS (X) 2 PEMEX ( ) 4 SEMAR ( ) 6 Otra* ( ) 8 *Especifique:
15.1 Número de seguridad social o afiliación

**DEL INF.**

16. NOMBRE: PAOLA (Nombre(s)) CRUZ (Primer Apellido) LOPEZ (Segundo Apellido)

17. PARENTESCO CON LA (EL) FALLECIDA/O: CONCUBINA

18. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE: Paola

**DE LA DEFUNCIÓN**

19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ( ) 1 ISSSTE ( ) 4 SEMAR ( ) 7 IMSS BIENESTAR ( ) 2 PEMEX ( ) 5 Otra unidad médica pública ( ) 8 IMSS ( ) 3 SEDENA ( ) 6 Unidad médica privada ( ) 9
19.1 Nombre de la unidad médica: HOSPITAL IMSS
19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):
Vía pública ( ) 10 Otro lugar (X) 12 Hogar ( ) 11 Se ignora ( ) 99

20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN:
20.1 Tipo de vialidad: HOSPITAL
20.2 Nombre de la vialidad: IMSS
20.3 Núm. Ext.:
20.4 Núm. Int.:
20.5 Tipo de asentamiento humano:
20.6 Nombre del asentamiento humano:
20.7 Código Postal:
20.8 Localidad:
20.9 Municipio o Alcaldía: ZACATECAS
20.10 Entidad federativa: ZACATECAS

21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 09 11 2023 (Día Mes Año) — 09:09 (Horas Minutos)

22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí (X) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9

23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? Sí ( ) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9
23.1 Fecha de cirugía: Día Mes Año
23.2 Motivo de cirugía:

24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? Sí (X) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9

25. TIPO DE DEFUNCIÓN: Enfermedad ( ) 4 Accidente ( ) 1 Agresión (X) 2 Lesiones autoinfligidas intencionalmente ( ) 3 Intervención legal ( ) 5 Se ignora ( ) 9

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

PARTE I. Reporte la enfermedad o condición causante directamente de defunción en línea a)
a) HERIDA PRODUCIDA POR PROYECTIL
Debido a (o como consecuencia de)
b) DISPARADO POR ARMA DE FUEGO
Debido a (o como consecuencia de)
c) PENETRANTE Y PERFORANTE DE TORAX Y
Debido a (o como consecuencia de)
d) ABDOMEN.

Reporte la cadena de afecciones o eventos en debido orden (si aplica). Anote la causa básica en la última línea utilizada.

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la defunción.

Uso exclusivo del personal codificador — Código CIE

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 PRACTICÓ NECROPSIA? Sí (X) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9
27.1 ¿Los hallazgos se utilizaron en la certificación? Sí ( ) 1 No ( ) 2

28. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
28.1 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 defunción ( ) 5
28.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ( ) 1 No ( ) 2
28.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ( ) 1 No ( ) 2

29. ¿LA (EL) FALLECIDA/O PRESENTÓ MUERTE ENCEFÁLICA? Sí ( ) 1 No ( ) 2
29.1 ¿Fue donadora/or de órganos? Sí ( ) 1 No ( ) 2

Código CIE
30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN:
30.1 CÓDIGO ADICIONAL:

**ACCIDENTAL O VIOLENTA**

31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO? Sí (X) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9

32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA): Vivienda particular ( ) 0 — Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ( ) 1 — Escuela u oficina pública ( ) 2 — Área deportiva ( ) 3 — Calle o carretera (vía pública) (X) 4 — Área comercial o de servicio ( ) 5 — Área industrial (taller, fábrica u obra) ( ) 6 — Granja (rancho o parcela) ( ) 7 — Otro ( ) 8 — Se ignora ( ) 9

33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: CUI:12447/2023
HOMICIDIOS

34. RELACIÓN DE LA (DEL) PRESUNTA/O AGRESORA/OR CON LA (EL) FALLECIDA/O

35. DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA LESIÓN (ACCIDENTAL, VIOLENTA O SI ES INTOXICACIÓN, ESPECIFIQUE EL AGENTE TÓXICO):
AGRESION POR ARMA DE FUEGO

Investigación pendiente ( ) 1 No puede determinarse ( ) 2

36. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA)
36.1 Tipo de vialidad: CALLEJON
36.2 Nombre de la vialidad: RIO DE JANEIRO
36.3 Núm. Ext.: 103
36.4 Núm. Int.: ENTRE
36.5 Tipo de asentamiento humano: CALLES FERROCARRIL Y
36.6 Nombre del asentamiento humano: PROGRESO ESQUINA CALLEJO RIO DE
36.7 Código Postal:
36.8 Localidad: JANEIRO 401 COL.
36.9 Municipio o Alcaldía: BUENAVISTA ZACATECAS
36.10 Entidad federativa: ZACATECAS

**DE LA (DEL) CERTIFICANTE**

37. CERTIFICADA POR: Médica/o tratante ( ) 1 Médica/o legista (X) 2 Otra/o médica/o* ( ) 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ( ) 4 Autoridad Civil* ( ) 5 Otro* ( ) 8 *Especifique:

38. NOMBRE: DRA. KARLA YARELI SAUCEDO MARTINEZ (Nombre(s) / Primer Apellido / Segundo Apellido)

39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICA/O: 13019567 (Número de la cédula profesional)

40. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE:

41. DOMICILIO Y TELÉFONO
41.1 Tipo de vialidad: CALZADA
41.2 Nombre de la vialidad: SOLIDARIDAD
41.3 Núm. Ext.: 496
41.4 Núm. Int.:
41.5 Tipo de asentamiento humano: COLONIA
41.6 Nombre del asentamiento humano: CONDE DE BERNARDEZ
41.7 Código Postal: 98617
41.8 Localidad: GUADALUPE
41.9 Municipio o Alcaldía: GUADALUPE
41.10 Entidad federativa: ZACATECAS
41.11 Teléfono: 492 491 4610

42. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 12 12 2023 (Día Mes Año)

**DEL REG. CIVIL**

43. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
Núm.
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

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

Escaneado con CamScanner