



140680993

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) Nirasio Apellido paterno Perez Apellido materno Moscoso	
2. CURP Se ignora ☐ 99 Hombre ☒ 01 Mujer ☐ 02 Se ignora ☐ 09	
3. SEXO	
4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 01 Otra ☐ 02 Se ignora ☐ 09	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ☒ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09	
6. PESO 65 Gramos 90 Gramos	
7. TALLA 1.65 Metros 65 Centímetros	
8. FECHA DE NACIMIENTO 13 05 2015 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 5 1 Se ignora ☐ 09	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 04 Separado(a) ☐ 06 Divorciado(a) ☐ 03 Viudo(a) ☐ 02 Soltero(a) ☒ 01 Casado(a) ☐ 05 Se ignora ☐ 09	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Cuixcostitla Chalco #/v 11.1 Calle y número 11.2 Colonia Cuixcostitla 11.3 Localidad Axtla de Terrazas 11.4 Municipio o delegación San Luis Potosí 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 01 Primaria incompleta ☐ 02 Secundaria incompleta ☐ 04 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 07 Se ignora ☐ 99 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☒ 03 Secundaria completa ☐ 05 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 06 Posgrado ☐ 10	
13. OCUPACIÓN HABITUAL Agricultor Se ignora ☐ 99 13.1 Trabajaba Si ☒ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 01 ISSSTE ☐ 03 SEDENA ☐ 05 Seguro Popular ☒ 07 Otra ☐ 08 IMSS ☐ 02 PEMEX ☐ 04 SEMAR ☐ 06 IMSS Oportunidades ☐ 10 Se ignora ☐ 99 14.1 Número de seguridad social o afiliación 2418931762	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ 01 IMSS ☐ 03 PEMEX ☐ 05 SEMAR ☐ 07 Unidad médica privada ☐ 09 Hospital General de Cd. Vallas 15.1 Nombre de la unidad médica IMSS Oportunidades ☐ 02 ISSSTE ☐ 04 SEDENA ☐ 06 Otra unidad pública ☐ 08 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.3 Tipo de establecimiento: Via pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 99	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Carr. Mexico-Laredo km 7 Fracc. Oxitipa 16.1 Calle y número 16.2 Colonia Ciudad Vallas 16.3 Localidad San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 14 01 2015 19 : 50 Día Mes Año Horas Minutos	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ 01 No ☒ 02	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Meningitis bacteriana</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Cetoacidosis diabética</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u> 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	
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 ☐ 01 El parto ☐ 02 El puerperio ☐ 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 05 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ 01 No ☐ 02 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ 01 No ☐ 02	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐ 01 Homicidio ☐ 02 Suicidio ☐ 03 Se ignora ☐ 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 01 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 02 Escuela u oficina pública ☐ 03 Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 04 Área deportiva ☐ 05 Calle o carretera (vía pública) ☐ 06 Área comercial o de servicios ☐ 07 Otro ☐ 08 Se ignora ☐ 09 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	
24. NOMBRE Nombre(s) Mario Jacinto Apellido paterno Calixto Apellido materno Antonio	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Esposa	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 01 Médico legista ☐ 02 Otro médico ☐ 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 04 Autoridad civil ☐ 05 Otro ☐ 08	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1501483 Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE Nombre(s) Jorge Alberto Apellido paterno Gutierrez Apellido materno Gonzalez	
29. TELÉFONO 4813828170	
30. DOMICILIO Carratera Mexico-Laredo km 7 fracc. Oxitipa	
31. FIRMA 	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 14 01 2015 Día Mes Año	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO 	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad	