

150671565

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) <div>JACINTO MARTINEZ GONZALEZ</div> <div>Nombre(s)Apellido paternoApellido materno</div>			
2. CURP <div>MAGL1430817HS PRNC04</div> <div>Se ignora 099</div>		3. SEXO <div>Hombre 01Mujer 02</div> <div>Se ignora 09</div>	4. NACIONALIDAD <div>Mexicana 01Otra 02</div> <div>Se ignora 09</div>
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <div>SI 01No 02Se ignora 09</div>		6. PESO <div>050</div> <div>KilogramosGramos</div>	
7. TALLA <div>1.60</div> <div>MetrosCentímetros</div>		8. FECHA DE NACIMIENTO <div>17081943</div> <div>DíaMesAño</div>	
9. EDAD CUMPLIDA <div>Para menores de una horaMinutos</div> <div>Para menores de un díaHoras</div> <div>Para menores de un mesDías</div> <div>Para menores de un añoMeses</div> <div>Para personas de un año o másAños cumplidos</div> <div>071</div> <div>Se ignora 09</div>			
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL <div>En unión libre 04Separado(a) 06Divorciado(a) 03Viudo(a) 02Soltero(a) 01Casado(a) 05</div> <div>Se ignora 09</div>	
11. RESIDENCIA HABITUAL <div>Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)</div> <div>BUSTAMANTE #115 COL SAN LUIS IDRO SALINAS</div> <div>11.1 Calle y número11.2 Colonia11.3 Localidad</div> <div>SALINAS DE HIDALGO SAN LUIS POTOSÍ</div> <div>11.4 Municipio o delegación11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</div>			
12. ESCOLARIDAD <div>Ninguna 01Primaria incompleta 02Secundaria incompleta 04Bachillerato o preparatoria incompleta 011Profesional 07</div> <div>Se ignora 099</div> <div>Preescolar 012Primaria completa 03Secundaria completa 05Bachillerato o preparatoria completa 06Posgrado 010</div>		13. OCUPACIÓN HABITUAL <div>13.1 Trabajaba SI 01No 02Se ignora 09</div>	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>Ninguna 01ISSSTE 03SEDENA 05Seguro Popular 07Otra 08</div> <div>IMSS 02PEMEX 04SEMAR 06IMSS Oportunidades 010Se ignora 099</div>		14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN <div>Secretaría de Salud 01IMSS 03PEMEX 05SEMAR 07Unidad médica privada 09</div> <div>IMSS Oportunidades 02ISSSTE 04SEDENA 06Otra unidad pública 08</div> <div>15.1 Nombre de la unidad médica</div> <div>Vía pública 010Otro lugar 01</div> <div>Hogar 011Se ignora 09</div> <div>15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</div>			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <div>BUSTAMANTE 115 COL SAN LUIS IDRO SALINAS</div> <div>16.1 Calle y número16.2 Colonia16.3 Localidad</div> <div>SALINAS DE HIDALGO SAN LUIS POTOSÍ</div> <div>16.4 Municipio o delegación16.5 Entidad federativa</div>			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>0901201501:30</div> <div>DíaMesAñoHorasMinutos</div>		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>SI 01No 02Se ignora 09</div>	
19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? <div>SI 01No 02</div>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>3 AÑOS</div>	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN <div>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</div> <div>a) ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA</div> <div>Debido a (o como consecuencia de)</div> <div>b) Debido a (o como consecuencia de)</div> <div>c) Debido a (o como consecuencia de)</div> <div>d) Debido a (o como consecuencia de)</div> <div>CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica</div> <div>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo</div> <div>INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA</div> <div>Secuelas de TUBERCULOSIS PULMONAR</div> <div>9 Meses</div> <div>3 AÑOS</div> <div>21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE</div>			
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 01El parto 02El puerperio 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto 04No 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 01No 02	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 01No 02		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente 01Homicidio 02Suicidio 03Se ignora 09		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 01No 02Se ignora 09	
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular 00Área deportiva 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 01Calle o carretera (vía pública) 04 Escuela u oficina pública 02Área comercial o de servicios 05Se ignora 09		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 número23.7.2 Colonia23.7.3 Localidad23.7.4 Municipio o delegación23.7.5 Entidad federativa			
24. NOMBRE <div>JUAN ANTONIO MARTINEZ RIVAS</div> <div>Nombre(s)Apellido paternoApellido materno</div>			
25. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO <div>3188867</div>		25. PARIENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Hijo</div>	