



FOLIO
150676250

150676250

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Evdivin Marlene Hernández Baltazar Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
2. CURP [Blank]	
3. SEXO Se ignora ☐ Hombres ☒ Mujeres ☐	
4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
6. PESO 35. [Blank] Kilogramos Gramos	
7. TALLA 1.65 Metros Centímetros	
8. FECHA DE NACIMIENTO 08/02/1995 Día Mes Año	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: [Blank] Minutos Para menores de un día: [Blank] Horas Para menores de un mes: [Blank] Días Para menores de un año: [Blank] Meses Para personas de un año o más: 20 Años cumplidos Se ignora ☐	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Blank]	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Vuelto(a) ☐ Soltero(a) ☒ Casado(a) ☐ Se ignora ☐	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivió el fallecido(a) Emiliano Zapata #78 80. Guadalupe Tama. 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad Tamazunchale S.L.P. 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (el residente al extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria incompleta ☐ Secundaria incompleta ☐ Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ Profesional ☐ Se ignora ☐ Preescolar ☐ Primaria completa ☐ Secundaria completa ☐ Bachillerato o preparatoria completa ☒ Posgrado ☐	
13. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar 13.1 Trabajaba Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS Oportunidades ☐ Se ignora ☐	
14.1 Número de seguridad social o afiliación 2413149606	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ IMSS Oportunidades ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐	
15.1 Nombre de la unidad médica [Blank] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Blank]	
15.3 Nombre de la unidad pública ☐ Otro lugar ☐ Hogar ☒ Se ignora ☐	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Emiliano Zapata #78 80. Guadalupe Tama. 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad Tamazunchale S.L.P. 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa o país (el residente al extranjero)	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 02/06/2015 16:30 Día Mes Año Horas Minutos	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD QUE LE LLEVO A LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
19. ¿SE REALIZÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de muerte como: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Infarto Agudo del Miocardio S.M.N. Debido a (o como consecuencia de) [Blank] b) LEUCEMIA ERYTEMATOSA SISTEMICA YMBB Debido a (o como consecuencia de) [Blank] c) LEUCEMIA ERYTEMATOSA SISTEMICA YMBB Debido a (o como consecuencia de) [Blank] d) [Blank] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbos que la produjo [Blank]	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Blank]	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒	
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones graves del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto: Acusado ☐ Víctima ☐ Se ignora ☐ 23.2 ¿Ocurrió en desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Área comercial o de servicios ☐ Vivienda colectiva (así: manantío, etc.) ☐ Escuela, academia, pública ☐ Se ignora ☐	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Blank]	
23.5 La lesión fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Blank]	
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Blank]	
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 Martiniano Hernández Chavira Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Padre	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 4260733 Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE Patricio Damasco Limones Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
29. TELÉFONO 86 211 66	
30. DOMICILIO Carr. Mex. la Reda Fracc. "EL SOL"	
31. FIRMA [Firma]	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 02/06/2015 Día Mes Año	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Blank] 1.º y 2.º Núm. 05	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad Tamazunchale Servicios de Salud de San Luis Potosí	