

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Zepherino German Márquez Antonio</b>	
2. CURP <b>MAAZI41030HS PRNF A4</b>	
3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1    Mujer <input type="radio"/> 2	
4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1    Otra <input type="radio"/> 2    Se ignora <input type="radio"/> 3	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 1    No <input checked="" type="radio"/> 2    Se ignora <input type="radio"/> 3	
6. PESO <b>07.000</b> Kilogramos Gramos	
7. TALLA <b>0.68</b> Metros Centímetros	
8. FECHA DE NACIMIENTO <b>30/10/2014</b> Día Mes Año	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: <b>06</b> Meses Para menores de un año o más: <b>06</b> Años cumplidos	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: <b>10. ESTADO CONYUGAL</b> En unión libre <input type="radio"/> 4    Separado(a) <input type="radio"/> 5    Divorciado(a) <input type="radio"/> 3    Viudo(a) <input type="radio"/> 2    Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1    Casado(a) <input type="radio"/> 5    Se ignora <input type="radio"/> 9	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <b>LOS OITIVOS 17 Vega Lazaq</b> 11.1 Calle y número <b>Tamuzunchale</b> 11.2 Colonia <b>San Luis Potosí</b> 11.3 Localidad 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1    Primaria incompleta <input type="radio"/> 2    Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4    Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11    Profesional <input type="radio"/> 7    Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12    Primaria completa <input type="radio"/> 3    Secundaria completa <input type="radio"/> 5    Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6    Posgrado <input type="radio"/> 10	
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 1    No <input checked="" type="radio"/> 2    Se ignora <input type="radio"/> 9	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1    ISSSTE <input type="radio"/> 3    SEDENA <input type="radio"/> 5    Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7    Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2    PEMEX <input type="radio"/> 4    SEMAR <input type="radio"/> 6    IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10    Se ignora <input type="radio"/> 99	
14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1    IMSS <input type="radio"/> 3    PEMEX <input type="radio"/> 5    SEMAR <input type="radio"/> 7    Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input checked="" type="radio"/> 2    ISSSTE <input type="radio"/> 4    SEDENA <input type="radio"/> 6    Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 <b>Hospital Regal Páspaga A4</b> 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.3 Localidad <b>San Luis Potosí</b> 15.4 Entidad federativa	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <b>Carretera a San Martín Km3 Zacatipán</b> 16.1 Calle y número <b>Tamuzunchale</b> 16.2 Colonia <b>San Luis Potosí</b> 16.3 Localidad 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>25/05/2015 00:45</b> Día Mes Año Horas Minutos	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> 1    No <input type="radio"/> 2    Se ignora <input type="radio"/> 3	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1    No <input checked="" type="radio"/> 2	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>Choque Sepsis</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>Meningitis</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b></b> Debido a (o como consecuencia de) d) <b></b> Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo 20.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>8 horas</b> 20.2 Código CIE <b>1.2 horas</b>	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <b></b>	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1    El parto <input type="radio"/> 2    El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4    No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1    No <input type="radio"/> 2 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1    No <input type="radio"/> 2	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1    Homicidio <input type="radio"/> 2    Suicidio <input type="radio"/> 3    Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1    No <input type="radio"/> 2    Se ignora <input type="radio"/> 9 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 1    Área deportiva <input type="radio"/> 3    Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4    Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5    Se ignora <input type="radio"/> 9 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 2    Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 4 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 <b>Marciana Antonio Hipólito</b> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1    Médico legista <input type="radio"/> 2    Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3    Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4    Autoridad civil <input type="radio"/> 5    Otro <input type="radio"/> 8	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>8002182</b> Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE <b>Nonemi Liliana Márquez Quezaco</b> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
29. TELÉFONO	
30. DOMICILIO <b>México DF</b>	
31. FIRMA <b>México DF</b>	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>25/05/2015</b>	