



150676392

**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

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.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Maria Yolanda Hernandez</b> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	2. CURP <b>HEHY130810MSPRELA8</b> Se ignora <input type="radio"/>			5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		6. PESO <b>110.00</b> Kilogramos Gramos	
	7. TALLA <b>1.00</b> Metros Centímetros			8. FECHA DE NACIMIENTO <b>10082013</b> 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 <b>1</b> Se ignora <input type="radio"/>						
DE LA DEFUNCION	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:			10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
	11. RESIDENCIA HABITUAL (Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) <b>Chapultepec 112</b> <b>Barrío Otates</b> <b>El Naranjal</b> 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad <b>Xilitla</b> <b>San Luis Potosí</b> 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)						
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>			13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/>			14.1 Número de seguridad social o afiliación			
DE MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCION Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input checked="" type="radio"/> <b>Consultorio de Medicina General</b> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			15.3 Lugar público <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION <b>Escobedo 310</b> <b>Centro</b> <b>Xilitla</b> 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad <b>Xilitla</b> <b>San Luis Potosí</b> 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa			17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION <b>08072015</b> <b>13:50</b> Día Mes Año Horas Minutos 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>			20. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>Crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>Infeción de vías respiratorias alta</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b>Infeción de vías respiratorias alta</b> Debido a (o como consecuencia de) d) <b>Infeción de vías respiratorias alta</b> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			
	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCION Código CIE			22. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o parto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
DEL CERTIFICANTE	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?			24. NOMBRE <b>Graiano Hernandez Martinez</b> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> 26. NOMBRE <b>Marlyn Lopez Marquez</b> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>4968607</b> Número de la cédula profesional			
	28. DOMICILIO <b>Escobedo 310, Centro, Xilitla, S.L.P.</b> <b>79900</b>			29. TELÉFONO <b>4893650251</b>			
	30. FIRMA <b>[Firma]</b>			31. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>12072015</b> Día Mes Año			
DEL REG. CIVIL	32. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <b>01</b> , Libro Núm. <b>05</b> 33.1 Acta Núm. <b>90</b>			34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad <b>XILITLA</b> 34.2 Municipio o delegación <b>SAN LUIS POTOSÍ</b> 34.3 Entidad federativa <b>20072015</b> 34.4 Día Mes Año			

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