

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

150676459

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <div>Estolito Nombre(s)</div> <div>Reyes Apellido paterno</div> <div>Rubio Apellido materno</div>																																																					
2. CURP <div>RIEIRE4310610HISPYB5108</div> <div>Se ignora <input type="radio"/> 099</div>																																																					
3. SEXO <div>Hombre <input checked="" type="radio"/> 1</div> <div>Mujer <input type="radio"/> 2</div> <div>Se ignora <input type="radio"/> 9</div>																																																					
4. NACIONALIDAD <div>Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1</div> <div>Otra <input type="radio"/> 2</div> <div>Se ignora <input type="radio"/> 9</div>																																																					
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <div>Si <input checked="" type="radio"/> 1</div> <div>No <input type="radio"/> 2</div> <div>Se ignora <input type="radio"/> 9</div>																																																					
6. PESO <div>056.500</div> <div>Kilogramos Gramos</div>																																																					
7. TALLA <div>1.56</div> <div>Metros Centímetros</div>																																																					
8. FECHA DE NACIMIENTO <div>10/06/1943</div> <div>Día Mes Año</div>																																																					
9. EDAD CUMPLIDA <div>072</div> <div>Años cumplidos</div>																																																					
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: <div></div>																																																					
10. ESTADO CONYUGAL <div>En unión libre <input type="radio"/> 4</div> <div>Separado(a) <input type="radio"/> 6</div> <div>Divorciado(a) <input type="radio"/> 3</div> <div>Viudo(a) <input type="radio"/> 2</div> <div>Soltero(a) <input type="radio"/> 1</div> <div>Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5</div> <div>Se ignora <input type="radio"/> 9</div>																																																					
11. RESIDENCIA HABITUAL <div>Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)</div> <div>Primavera 185 Barrio Otlamaxatl Tetzapotla 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad</div> <div>Tamazunchale San Luis Potosí 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</div>																																																					
12. ESCOLARIDAD <div>Ninguna <input type="radio"/> 1</div> <div>Primaria incompleta <input checked="" type="radio"/> 2</div> <div>Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4</div> <div>Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11</div> <div>Profesional <input type="radio"/> 7</div> <div>Se ignora <input type="radio"/> 99</div> <div>Preescolar <input type="radio"/> 12</div> <div>Primaria completa <input type="radio"/> 3</div> <div>Secundaria completa <input type="radio"/> 5</div> <div>Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6</div> <div>Posgrado <input type="radio"/> 10</div>																																																					
13. OCUPACIÓN HABITUAL <div>Jornalero</div> <div>Se ignora <input type="radio"/> 99</div>																																																					
13.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 <tr><td colspan="2">13.2 No <input checked="" type="radio"/> 2<tr><td colspan="2">13.3 Se ignora <input type="radio"/> 9<tr><td colspan="2">14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>Ninguna <input type="radio"/> 1</div><div>ISSSTE <input type="radio"/> 3</div><div>SEDENA <input type="radio"/> 5</div><div>Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7</div><div>Otra <input type="radio"/> 8</div><div>IMSS <input type="radio"/> 2</div><div>PEMEX <input type="radio"/> 4</div><div>SEMAR <input type="radio"/> 6</div><div>IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10</div><div>Se ignora <input type="radio"/> 99</div></td></tr><tr><td colspan="2">14.1 Número de seguridad social o afiliación <div>2406341605</div></td></tr><tr><td colspan="2">15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN <div>Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1</div><div>IMSS <input type="radio"/> 3</div><div>PEMEX <input type="radio"/> 5</div><div>SEMAR <input type="radio"/> 7</div><div>Unidad médica privada <input type="radio"/> 9</div><div>Centro de Salud Tetzapotla 15.1 Nombre de la unidad médica</div><div>IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2</div><div>ISSSTE <input type="radio"/> 4</div><div>SEDENA <input type="radio"/> 6</div><div>Otra unidad pública <input type="radio"/> 8</div><div>15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <div>S.P.S.S.A.O.01831</div></div></td></tr><tr><td colspan="2">15.3 Localidad <div>Tetzapotla</div></td></tr><tr><td colspan="2">15.4 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <div>San Luis Potosí</div></td></tr><tr><td colspan="2">16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Primavera 185 Barrio Otlamaxatl Tetzapotla 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad</div><div>Tamazunchale San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa</div></td></tr><tr><td colspan="2">17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>17/07/2015 06:00</div><div>Día Mes Año Horas Minutos</div></td></tr><tr><td colspan="2">18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>Si <input checked="" type="radio"/> 1</div><div>No <input type="radio"/> 2</div><div>Se ignora <input type="radio"/> 9</div></td></tr><tr><td colspan="2">19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <div>Si <input type="radio"/> 1</div><div>No <input type="radio"/> 2</div></td></tr><tr><td colspan="2">20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) <div>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <div>Paro Cardíaco no especificado</div><div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>24 Hrs</div></div><div>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <div>I46.9</div></div><div>b) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>c) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>d) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div></div><div>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 morbo que la produjo <div>Hidrocefalia no especificada</div><div>Desnutrición Calórica proteica leve</div><div>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>2 años</div><div>5 años</div><div>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <div>G91.9</div><div>E44</div></div></div></div></div></div></div></td></tr><tr><td colspan="2">21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <div>Código CIE</div></td></tr><tr><td colspan="2">22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <div>22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3</div><div>22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</div><div>22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</div></td></tr><tr><td colspan="2">23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>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</div><div>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</div><div>23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 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</div><div>23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? <div></div></div><div>23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <div></div></div><div>23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión <div></div></div><div>23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión <div>23.7.1 Calle y número</div><div>23.7.2 Colonia</div><div>23.7.3 Localidad</div><div>23.7.4 Municipio o delegación</div><div>23.7.5 Entidad federativa</div></div></td></tr><tr><td colspan="2">24. NOMBRE <div>Efrain Nombre(s)</div><div>Reyes Apellido paterno</div><div>Damián Apellido materno</div></td></tr><tr><td colspan="2">25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Hijo</div></td></tr><tr><td colspan="2">26. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante <input type="radio"/> 1</div><div>Médico legista <input type="radio"/> 2</div><div>Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3</div><div>Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4</div><div>Autoridad civil <input type="radio"/> 5</div><div>Otro <input type="radio"/> 8</div></td></tr><tr><td colspan="2">27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>En trámite</div><div>Número de la cédula profesional</div></td></tr><tr><td colspan="2">28. NOMBRE <div>Héctor Nombre(s)</div><div>Luevanos Apellido paterno</div><div>Mendiola Apellido materno</div></td></tr><tr><td colspan="2">29. TELÉFONO <div></div></td></tr><tr><td colspan="2">30. DOMICILIO <div>Calle Miguel Hidalgo SN, Frente al Jardín de Niños, Tetzapotla, Tamazunchale, San Luis Potosí</div></td></tr><tr><td colspan="2">31. FIRMA <div></div></td></tr><tr><td colspan="2">32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>17/07/2015</div><div>Día Mes Año</div></td></tr><tr><td colspan="2">33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <div>Núm. 02, Libro Núm. 05</div><div>33.1 Acta Núm. 00016</div></td></tr><tr><td colspan="2">34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>34.1 Localidad Tetzapotla</div><div>34.2 Municipio o delegación Tamazunchale</div><div>34.3 Entidad federativa San Luis Potosí</div><div>34.4 Día Mes Año 17/07/2015</div></td></tr></td></tr></td></tr>		13.2 No <input checked="" type="radio"/> 2 <tr><td colspan="2">13.3 Se ignora <input type="radio"/> 9<tr><td colspan="2">14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>Ninguna <input type="radio"/> 1</div><div>ISSSTE <input type="radio"/> 3</div><div>SEDENA <input type="radio"/> 5</div><div>Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7</div><div>Otra <input type="radio"/> 8</div><div>IMSS <input type="radio"/> 2</div><div>PEMEX <input type="radio"/> 4</div><div>SEMAR <input type="radio"/> 6</div><div>IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10</div><div>Se ignora <input type="radio"/> 99</div></td></tr><tr><td colspan="2">14.1 Número de seguridad social o afiliación <div>2406341605</div></td></tr><tr><td colspan="2">15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN <div>Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1</div><div>IMSS <input type="radio"/> 3</div><div>PEMEX <input type="radio"/> 5</div><div>SEMAR <input type="radio"/> 7</div><div>Unidad médica privada <input type="radio"/> 9</div><div>Centro de Salud Tetzapotla 15.1 Nombre de la unidad médica</div><div>IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2</div><div>ISSSTE <input type="radio"/> 4</div><div>SEDENA <input type="radio"/> 6</div><div>Otra unidad pública <input type="radio"/> 8</div><div>15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <div>S.P.S.S.A.O.01831</div></div></td></tr><tr><td colspan="2">15.3 Localidad <div>Tetzapotla</div></td></tr><tr><td colspan="2">15.4 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <div>San Luis Potosí</div></td></tr><tr><td colspan="2">16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Primavera 185 Barrio Otlamaxatl Tetzapotla 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad</div><div>Tamazunchale San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa</div></td></tr><tr><td colspan="2">17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>17/07/2015 06:00</div><div>Día Mes Año Horas Minutos</div></td></tr><tr><td colspan="2">18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>Si <input checked="" type="radio"/> 1</div><div>No <input type="radio"/> 2</div><div>Se ignora <input type="radio"/> 9</div></td></tr><tr><td colspan="2">19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <div>Si <input type="radio"/> 1</div><div>No <input type="radio"/> 2</div></td></tr><tr><td colspan="2">20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) <div>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <div>Paro Cardíaco no especificado</div><div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>24 Hrs</div></div><div>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <div>I46.9</div></div><div>b) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>c) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>d) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div></div><div>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 morbo que la produjo <div>Hidrocefalia no especificada</div><div>Desnutrición Calórica proteica leve</div><div>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>2 años</div><div>5 años</div><div>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <div>G91.9</div><div>E44</div></div></div></div></div></div></div></td></tr><tr><td colspan="2">21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <div>Código CIE</div></td></tr><tr><td colspan="2">22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <div>22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3</div><div>22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</div><div>22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</div></td></tr><tr><td colspan="2">23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>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</div><div>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</div><div>23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 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</div><div>23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? <div></div></div><div>23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <div></div></div><div>23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión <div></div></div><div>23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión <div>23.7.1 Calle y número</div><div>23.7.2 Colonia</div><div>23.7.3 Localidad</div><div>23.7.4 Municipio o delegación</div><div>23.7.5 Entidad federativa</div></div></td></tr><tr><td colspan="2">24. NOMBRE <div>Efrain Nombre(s)</div><div>Reyes Apellido paterno</div><div>Damián Apellido materno</div></td></tr><tr><td colspan="2">25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Hijo</div></td></tr><tr><td colspan="2">26. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante <input type="radio"/> 1</div><div>Médico legista <input type="radio"/> 2</div><div>Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3</div><div>Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4</div><div>Autoridad civil <input type="radio"/> 5</div><div>Otro <input type="radio"/> 8</div></td></tr><tr><td colspan="2">27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>En trámite</div><div>Número de la cédula profesional</div></td></tr><tr><td colspan="2">28. NOMBRE <div>Héctor Nombre(s)</div><div>Luevanos Apellido paterno</div><div>Mendiola Apellido materno</div></td></tr><tr><td colspan="2">29. TELÉFONO <div></div></td></tr><tr><td colspan="2">30. DOMICILIO <div>Calle Miguel Hidalgo SN, Frente al Jardín de Niños, Tetzapotla, Tamazunchale, San Luis Potosí</div></td></tr><tr><td colspan="2">31. FIRMA <div></div></td></tr><tr><td colspan="2">32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>17/07/2015</div><div>Día Mes Año</div></td></tr><tr><td colspan="2">33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <div>Núm. 02, Libro Núm. 05</div><div>33.1 Acta Núm. 00016</div></td></tr><tr><td colspan="2">34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>34.1 Localidad Tetzapotla</div><div>34.2 Municipio o delegación Tamazunchale</div><div>34.3 Entidad federativa San Luis Potosí</div><div>34.4 Día Mes Año 17/07/2015</div></td></tr></td></tr>		13.3 Se ignora <input type="radio"/> 9 <tr><td colspan="2">14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>Ninguna <input type="radio"/> 1</div><div>ISSSTE <input type="radio"/> 3</div><div>SEDENA <input type="radio"/> 5</div><div>Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7</div><div>Otra <input type="radio"/> 8</div><div>IMSS <input type="radio"/> 2</div><div>PEMEX <input type="radio"/> 4</div><div>SEMAR <input type="radio"/> 6</div><div>IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10</div><div>Se ignora <input type="radio"/> 99</div></td></tr> <tr><td colspan="2">14.1 Número de seguridad social o afiliación <div>2406341605</div></td></tr> <tr><td colspan="2">15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN <div>Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1</div><div>IMSS <input type="radio"/> 3</div><div>PEMEX <input type="radio"/> 5</div><div>SEMAR <input type="radio"/> 7</div><div>Unidad médica privada <input type="radio"/> 9</div><div>Centro de Salud Tetzapotla 15.1 Nombre de la unidad médica</div><div>IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2</div><div>ISSSTE <input type="radio"/> 4</div><div>SEDENA <input type="radio"/> 6</div><div>Otra unidad pública <input type="radio"/> 8</div><div>15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <div>S.P.S.S.A.O.01831</div></div></td></tr> <tr><td colspan="2">15.3 Localidad <div>Tetzapotla</div></td></tr> <tr><td colspan="2">15.4 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <div>San Luis Potosí</div></td></tr> <tr><td colspan="2">16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Primavera 185 Barrio Otlamaxatl Tetzapotla 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad</div><div>Tamazunchale San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa</div></td></tr> <tr><td colspan="2">17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>17/07/2015 06:00</div><div>Día Mes Año Horas Minutos</div></td></tr> <tr><td colspan="2">18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>Si <input checked="" type="radio"/> 1</div><div>No <input type="radio"/> 2</div><div>Se ignora <input type="radio"/> 9</div></td></tr> <tr><td colspan="2">19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <div>Si <input type="radio"/> 1</div><div>No <input type="radio"/> 2</div></td></tr> <tr><td colspan="2">20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) <div>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <div>Paro Cardíaco no especificado</div><div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>24 Hrs</div></div><div>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <div>I46.9</div></div><div>b) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>c) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>d) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div></div><div>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 morbo que la produjo <div>Hidrocefalia no especificada</div><div>Desnutrición Calórica proteica leve</div><div>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>2 años</div><div>5 años</div><div>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <div>G91.9</div><div>E44</div></div></div></div></div></div></div></td></tr> <tr><td colspan="2">21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <div>Código CIE</div></td></tr> <tr><td colspan="2">22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <div>22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3</div><div>22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</div><div>22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</div></td></tr> <tr><td colspan="2">23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>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</div><div>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</div><div>23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 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</div><div>23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? <div></div></div><div>23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <div></div></div><div>23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión <div></div></div><div>23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión <div>23.7.1 Calle y número</div><div>23.7.2 Colonia</div><div>23.7.3 Localidad</div><div>23.7.4 Municipio o delegación</div><div>23.7.5 Entidad federativa</div></div></td></tr> <tr><td colspan="2">24. NOMBRE <div>Efrain Nombre(s)</div><div>Reyes Apellido paterno</div><div>Damián Apellido materno</div></td></tr> <tr><td colspan="2">25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Hijo</div></td></tr> <tr><td colspan="2">26. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante <input type="radio"/> 1</div><div>Médico legista <input type="radio"/> 2</div><div>Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3</div><div>Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4</div><div>Autoridad civil <input type="radio"/> 5</div><div>Otro <input type="radio"/> 8</div></td></tr> <tr><td colspan="2">27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>En trámite</div><div>Número de la cédula profesional</div></td></tr> <tr><td colspan="2">28. NOMBRE <div>Héctor Nombre(s)</div><div>Luevanos Apellido paterno</div><div>Mendiola Apellido materno</div></td></tr> <tr><td colspan="2">29. TELÉFONO <div></div></td></tr> <tr><td colspan="2">30. DOMICILIO <div>Calle Miguel Hidalgo SN, Frente al Jardín de Niños, Tetzapotla, Tamazunchale, San Luis Potosí</div></td></tr> <tr><td colspan="2">31. FIRMA <div></div></td></tr> <tr><td colspan="2">32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>17/07/2015</div><div>Día Mes Año</div></td></tr> <tr><td colspan="2">33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <div>Núm. 02, Libro Núm. 05</div><div>33.1 Acta Núm. 00016</div></td></tr> <tr><td colspan="2">34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>34.1 Localidad Tetzapotla</div><div>34.2 Municipio o delegación Tamazunchale</div><div>34.3 Entidad federativa San Luis Potosí</div><div>34.4 Día Mes Año 17/07/2015</div></td></tr>		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>Ninguna <input type="radio"/> 1</div> <div>ISSSTE <input type="radio"/> 3</div> <div>SEDENA <input type="radio"/> 5</div> <div>Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7</div> <div>Otra <input type="radio"/> 8</div> <div>IMSS <input type="radio"/> 2</div> <div>PEMEX <input type="radio"/> 4</div> <div>SEMAR <input type="radio"/> 6</div> <div>IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10</div> <div>Se ignora <input type="radio"/> 99</div>		14.1 Número de seguridad social o afiliación <div>2406341605</div>		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN <div>Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1</div> <div>IMSS <input type="radio"/> 3</div> <div>PEMEX <input type="radio"/> 5</div> <div>SEMAR <input type="radio"/> 7</div> <div>Unidad médica privada <input type="radio"/> 9</div> <div>Centro de Salud Tetzapotla 15.1 Nombre de la unidad médica</div> <div>IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2</div> <div>ISSSTE <input type="radio"/> 4</div> <div>SEDENA <input type="radio"/> 6</div> <div>Otra unidad pública <input type="radio"/> 8</div> <div>15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <div>S.P.S.S.A.O.01831</div></div>		15.3 Localidad <div>Tetzapotla</div>		15.4 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <div>San Luis Potosí</div>		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Primavera 185 Barrio Otlamaxatl Tetzapotla 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad</div> <div>Tamazunchale San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa</div>		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>17/07/2015 06:00</div> <div>Día Mes Año Horas Minutos</div>		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>Si <input checked="" type="radio"/> 1</div> <div>No <input type="radio"/> 2</div> <div>Se ignora <input type="radio"/> 9</div>		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <div>Si <input type="radio"/> 1</div> <div>No <input type="radio"/> 2</div>		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) <div>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <div>Paro Cardíaco no especificado</div><div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>24 Hrs</div></div><div>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <div>I46.9</div></div><div>b) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>c) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>d) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div></div><div>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 morbo que la produjo <div>Hidrocefalia no especificada</div><div>Desnutrición Calórica proteica leve</div><div>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>2 años</div><div>5 años</div><div>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <div>G91.9</div><div>E44</div></div></div></div></div></div></div>		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <div>Código CIE</div>		22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <div>22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3</div> <div>22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</div> <div>22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</div>		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>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</div> <div>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</div> <div>23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 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</div> <div>23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? <div></div></div> <div>23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <div></div></div> <div>23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión <div></div></div> <div>23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión <div>23.7.1 Calle y número</div><div>23.7.2 Colonia</div><div>23.7.3 Localidad</div><div>23.7.4 Municipio o delegación</div><div>23.7.5 Entidad federativa</div></div>		24. NOMBRE <div>Efrain Nombre(s)</div> <div>Reyes Apellido paterno</div> <div>Damián Apellido materno</div>		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Hijo</div>		26. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante <input type="radio"/> 1</div> <div>Médico legista <input type="radio"/> 2</div> <div>Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3</div> <div>Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4</div> <div>Autoridad civil <input type="radio"/> 5</div> <div>Otro <input type="radio"/> 8</div>		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>En trámite</div> <div>Número de la cédula profesional</div>		28. NOMBRE <div>Héctor Nombre(s)</div> <div>Luevanos Apellido paterno</div> <div>Mendiola Apellido materno</div>		29. TELÉFONO <div></div>		30. DOMICILIO <div>Calle Miguel Hidalgo SN, Frente al Jardín de Niños, Tetzapotla, Tamazunchale, San Luis Potosí</div>		31. FIRMA <div></div>		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>17/07/2015</div> <div>Día Mes Año</div>		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <div>Núm. 02, Libro Núm. 05</div> <div>33.1 Acta Núm. 00016</div>		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>34.1 Localidad Tetzapotla</div> <div>34.2 Municipio o delegación Tamazunchale</div> <div>34.3 Entidad federativa San Luis Potosí</div> <div>34.4 Día Mes Año 17/07/2015</div>	
13.2 No <input checked="" type="radio"/> 2 <tr><td colspan="2">13.3 Se ignora <input type="radio"/> 9<tr><td colspan="2">14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>Ninguna <input type="radio"/> 1</div><div>ISSSTE <input type="radio"/> 3</div><div>SEDENA <input type="radio"/> 5</div><div>Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7</div><div>Otra <input type="radio"/> 8</div><div>IMSS <input type="radio"/> 2</div><div>PEMEX <input type="radio"/> 4</div><div>SEMAR <input type="radio"/> 6</div><div>IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10</div><div>Se ignora <input type="radio"/> 99</div></td></tr><tr><td colspan="2">14.1 Número de seguridad social o afiliación <div>2406341605</div></td></tr><tr><td colspan="2">15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN <div>Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1</div><div>IMSS <input type="radio"/> 3</div><div>PEMEX <input type="radio"/> 5</div><div>SEMAR <input type="radio"/> 7</div><div>Unidad médica privada <input type="radio"/> 9</div><div>Centro de Salud Tetzapotla 15.1 Nombre de la unidad médica</div><div>IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2</div><div>ISSSTE <input type="radio"/> 4</div><div>SEDENA <input type="radio"/> 6</div><div>Otra unidad pública <input type="radio"/> 8</div><div>15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <div>S.P.S.S.A.O.01831</div></div></td></tr><tr><td colspan="2">15.3 Localidad <div>Tetzapotla</div></td></tr><tr><td colspan="2">15.4 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <div>San Luis Potosí</div></td></tr><tr><td colspan="2">16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Primavera 185 Barrio Otlamaxatl Tetzapotla 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad</div><div>Tamazunchale San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa</div></td></tr><tr><td colspan="2">17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>17/07/2015 06:00</div><div>Día Mes Año Horas Minutos</div></td></tr><tr><td colspan="2">18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>Si <input checked="" type="radio"/> 1</div><div>No <input type="radio"/> 2</div><div>Se ignora <input type="radio"/> 9</div></td></tr><tr><td colspan="2">19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <div>Si <input type="radio"/> 1</div><div>No <input type="radio"/> 2</div></td></tr><tr><td colspan="2">20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) <div>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <div>Paro Cardíaco no especificado</div><div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>24 Hrs</div></div><div>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <div>I46.9</div></div><div>b) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>c) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>d) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div></div><div>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 morbo que la produjo <div>Hidrocefalia no especificada</div><div>Desnutrición Calórica proteica leve</div><div>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>2 años</div><div>5 años</div><div>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <div>G91.9</div><div>E44</div></div></div></div></div></div></div></td></tr><tr><td colspan="2">21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <div>Código CIE</div></td></tr><tr><td colspan="2">22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <div>22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3</div><div>22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</div><div>22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</div></td></tr><tr><td colspan="2">23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>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</div><div>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</div><div>23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 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</div><div>23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? <div></div></div><div>23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <div></div></div><div>23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión <div></div></div><div>23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión <div>23.7.1 Calle y número</div><div>23.7.2 Colonia</div><div>23.7.3 Localidad</div><div>23.7.4 Municipio o delegación</div><div>23.7.5 Entidad federativa</div></div></td></tr><tr><td colspan="2">24. NOMBRE <div>Efrain Nombre(s)</div><div>Reyes Apellido paterno</div><div>Damián Apellido materno</div></td></tr><tr><td colspan="2">25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Hijo</div></td></tr><tr><td colspan="2">26. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante <input type="radio"/> 1</div><div>Médico legista <input type="radio"/> 2</div><div>Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3</div><div>Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4</div><div>Autoridad civil <input type="radio"/> 5</div><div>Otro <input type="radio"/> 8</div></td></tr><tr><td colspan="2">27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>En trámite</div><div>Número de la cédula profesional</div></td></tr><tr><td colspan="2">28. NOMBRE <div>Héctor Nombre(s)</div><div>Luevanos Apellido paterno</div><div>Mendiola Apellido materno</div></td></tr><tr><td colspan="2">29. TELÉFONO <div></div></td></tr><tr><td colspan="2">30. DOMICILIO <div>Calle Miguel Hidalgo SN, Frente al Jardín de Niños, Tetzapotla, Tamazunchale, San Luis Potosí</div></td></tr><tr><td colspan="2">31. FIRMA <div></div></td></tr><tr><td colspan="2">32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>17/07/2015</div><div>Día Mes Año</div></td></tr><tr><td colspan="2">33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <div>Núm. 02, Libro Núm. 05</div><div>33.1 Acta Núm. 00016</div></td></tr><tr><td colspan="2">34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>34.1 Localidad Tetzapotla</div><div>34.2 Municipio o delegación Tamazunchale</div><div>34.3 Entidad federativa San Luis Potosí</div><div>34.4 Día Mes Año 17/07/2015</div></td></tr></td></tr>		13.3 Se ignora <input type="radio"/> 9 <tr><td colspan="2">14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>Ninguna <input type="radio"/> 1</div><div>ISSSTE <input type="radio"/> 3</div><div>SEDENA <input type="radio"/> 5</div><div>Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7</div><div>Otra <input type="radio"/> 8</div><div>IMSS <input type="radio"/> 2</div><div>PEMEX <input type="radio"/> 4</div><div>SEMAR <input type="radio"/> 6</div><div>IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10</div><div>Se ignora <input type="radio"/> 99</div></td></tr> <tr><td colspan="2">14.1 Número de seguridad social o afiliación <div>2406341605</div></td></tr> <tr><td colspan="2">15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN <div>Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1</div><div>IMSS <input type="radio"/> 3</div><div>PEMEX <input type="radio"/> 5</div><div>SEMAR <input type="radio"/> 7</div><div>Unidad médica privada <input type="radio"/> 9</div><div>Centro de Salud Tetzapotla 15.1 Nombre de la unidad médica</div><div>IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2</div><div>ISSSTE <input type="radio"/> 4</div><div>SEDENA <input type="radio"/> 6</div><div>Otra unidad pública <input type="radio"/> 8</div><div>15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <div>S.P.S.S.A.O.01831</div></div></td></tr> <tr><td colspan="2">15.3 Localidad <div>Tetzapotla</div></td></tr> <tr><td colspan="2">15.4 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <div>San Luis Potosí</div></td></tr> <tr><td colspan="2">16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Primavera 185 Barrio Otlamaxatl Tetzapotla 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad</div><div>Tamazunchale San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa</div></td></tr> <tr><td colspan="2">17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>17/07/2015 06:00</div><div>Día Mes Año Horas Minutos</div></td></tr> <tr><td colspan="2">18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>Si <input checked="" type="radio"/> 1</div><div>No <input type="radio"/> 2</div><div>Se ignora <input type="radio"/> 9</div></td></tr> <tr><td colspan="2">19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <div>Si <input type="radio"/> 1</div><div>No <input type="radio"/> 2</div></td></tr> <tr><td colspan="2">20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) <div>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <div>Paro Cardíaco no especificado</div><div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>24 Hrs</div></div><div>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <div>I46.9</div></div><div>b) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>c) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>d) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div></div><div>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 morbo que la produjo <div>Hidrocefalia no especificada</div><div>Desnutrición Calórica proteica leve</div><div>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>2 años</div><div>5 años</div><div>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <div>G91.9</div><div>E44</div></div></div></div></div></div></div></td></tr> <tr><td colspan="2">21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <div>Código CIE</div></td></tr> <tr><td colspan="2">22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <div>22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3</div><div>22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</div><div>22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</div></td></tr> <tr><td colspan="2">23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>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</div><div>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</div><div>23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 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</div><div>23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? <div></div></div><div>23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <div></div></div><div>23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión <div></div></div><div>23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión <div>23.7.1 Calle y número</div><div>23.7.2 Colonia</div><div>23.7.3 Localidad</div><div>23.7.4 Municipio o delegación</div><div>23.7.5 Entidad federativa</div></div></td></tr> <tr><td colspan="2">24. NOMBRE <div>Efrain Nombre(s)</div><div>Reyes Apellido paterno</div><div>Damián Apellido materno</div></td></tr> <tr><td colspan="2">25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Hijo</div></td></tr> <tr><td colspan="2">26. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante <input type="radio"/> 1</div><div>Médico legista <input type="radio"/> 2</div><div>Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3</div><div>Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4</div><div>Autoridad civil <input type="radio"/> 5</div><div>Otro <input type="radio"/> 8</div></td></tr> <tr><td colspan="2">27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>En trámite</div><div>Número de la cédula profesional</div></td></tr> <tr><td colspan="2">28. NOMBRE <div>Héctor Nombre(s)</div><div>Luevanos Apellido paterno</div><div>Mendiola Apellido materno</div></td></tr> <tr><td colspan="2">29. TELÉFONO <div></div></td></tr> <tr><td colspan="2">30. DOMICILIO <div>Calle Miguel Hidalgo SN, Frente al Jardín de Niños, Tetzapotla, Tamazunchale, San Luis Potosí</div></td></tr> <tr><td colspan="2">31. FIRMA <div></div></td></tr> <tr><td colspan="2">32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>17/07/2015</div><div>Día Mes Año</div></td></tr> <tr><td colspan="2">33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <div>Núm. 02, Libro Núm. 05</div><div>33.1 Acta Núm. 00016</div></td></tr> <tr><td colspan="2">34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>34.1 Localidad Tetzapotla</div><div>34.2 Municipio o delegación Tamazunchale</div><div>34.3 Entidad federativa San Luis Potosí</div><div>34.4 Día Mes Año 17/07/2015</div></td></tr>		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>Ninguna <input type="radio"/> 1</div> <div>ISSSTE <input type="radio"/> 3</div> <div>SEDENA <input type="radio"/> 5</div> <div>Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7</div> <div>Otra <input type="radio"/> 8</div> <div>IMSS <input type="radio"/> 2</div> <div>PEMEX <input type="radio"/> 4</div> <div>SEMAR <input type="radio"/> 6</div> <div>IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10</div> <div>Se ignora <input type="radio"/> 99</div>		14.1 Número de seguridad social o afiliación <div>2406341605</div>		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN <div>Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1</div> <div>IMSS <input type="radio"/> 3</div> <div>PEMEX <input type="radio"/> 5</div> <div>SEMAR <input type="radio"/> 7</div> <div>Unidad médica privada <input type="radio"/> 9</div> <div>Centro de Salud Tetzapotla 15.1 Nombre de la unidad médica</div> <div>IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2</div> <div>ISSSTE <input type="radio"/> 4</div> <div>SEDENA <input type="radio"/> 6</div> <div>Otra unidad pública <input type="radio"/> 8</div> <div>15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <div>S.P.S.S.A.O.01831</div></div>		15.3 Localidad <div>Tetzapotla</div>		15.4 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <div>San Luis Potosí</div>		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Primavera 185 Barrio Otlamaxatl Tetzapotla 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad</div> <div>Tamazunchale San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa</div>		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>17/07/2015 06:00</div> <div>Día Mes Año Horas Minutos</div>		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>Si <input checked="" type="radio"/> 1</div> <div>No <input type="radio"/> 2</div> <div>Se ignora <input type="radio"/> 9</div>		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <div>Si <input type="radio"/> 1</div> <div>No <input type="radio"/> 2</div>		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) <div>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <div>Paro Cardíaco no especificado</div><div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>24 Hrs</div></div><div>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <div>I46.9</div></div><div>b) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>c) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>d) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div></div><div>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 morbo que la produjo <div>Hidrocefalia no especificada</div><div>Desnutrición Calórica proteica leve</div><div>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>2 años</div><div>5 años</div><div>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <div>G91.9</div><div>E44</div></div></div></div></div></div></div>		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <div>Código CIE</div>		22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <div>22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3</div> <div>22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</div> <div>22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</div>		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>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</div> <div>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</div> <div>23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 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</div> <div>23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? <div></div></div> <div>23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <div></div></div> <div>23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión <div></div></div> <div>23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión <div>23.7.1 Calle y número</div><div>23.7.2 Colonia</div><div>23.7.3 Localidad</div><div>23.7.4 Municipio o delegación</div><div>23.7.5 Entidad federativa</div></div>		24. NOMBRE <div>Efrain Nombre(s)</div> <div>Reyes Apellido paterno</div> <div>Damián Apellido materno</div>		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Hijo</div>		26. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante <input type="radio"/> 1</div> <div>Médico legista <input type="radio"/> 2</div> <div>Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3</div> <div>Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4</div> <div>Autoridad civil <input type="radio"/> 5</div> <div>Otro <input type="radio"/> 8</div>		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>En trámite</div> <div>Número de la cédula profesional</div>		28. NOMBRE <div>Héctor Nombre(s)</div> <div>Luevanos Apellido paterno</div> <div>Mendiola Apellido materno</div>		29. TELÉFONO <div></div>		30. DOMICILIO <div>Calle Miguel Hidalgo SN, Frente al Jardín de Niños, Tetzapotla, Tamazunchale, San Luis Potosí</div>		31. FIRMA <div></div>		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>17/07/2015</div> <div>Día Mes Año</div>		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <div>Núm. 02, Libro Núm. 05</div> <div>33.1 Acta Núm. 00016</div>		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>34.1 Localidad Tetzapotla</div> <div>34.2 Municipio o delegación Tamazunchale</div> <div>34.3 Entidad federativa San Luis Potosí</div> <div>34.4 Día Mes Año 17/07/2015</div>			
13.3 Se ignora <input type="radio"/> 9 <tr><td colspan="2">14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>Ninguna <input type="radio"/> 1</div><div>ISSSTE <input type="radio"/> 3</div><div>SEDENA <input type="radio"/> 5</div><div>Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7</div><div>Otra <input type="radio"/> 8</div><div>IMSS <input type="radio"/> 2</div><div>PEMEX <input type="radio"/> 4</div><div>SEMAR <input type="radio"/> 6</div><div>IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10</div><div>Se ignora <input type="radio"/> 99</div></td></tr> <tr><td colspan="2">14.1 Número de seguridad social o afiliación <div>2406341605</div></td></tr> <tr><td colspan="2">15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN <div>Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1</div><div>IMSS <input type="radio"/> 3</div><div>PEMEX <input type="radio"/> 5</div><div>SEMAR <input type="radio"/> 7</div><div>Unidad médica privada <input type="radio"/> 9</div><div>Centro de Salud Tetzapotla 15.1 Nombre de la unidad médica</div><div>IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2</div><div>ISSSTE <input type="radio"/> 4</div><div>SEDENA <input type="radio"/> 6</div><div>Otra unidad pública <input type="radio"/> 8</div><div>15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <div>S.P.S.S.A.O.01831</div></div></td></tr> <tr><td colspan="2">15.3 Localidad <div>Tetzapotla</div></td></tr> <tr><td colspan="2">15.4 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <div>San Luis Potosí</div></td></tr> <tr><td colspan="2">16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Primavera 185 Barrio Otlamaxatl Tetzapotla 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad</div><div>Tamazunchale San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa</div></td></tr> <tr><td colspan="2">17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>17/07/2015 06:00</div><div>Día Mes Año Horas Minutos</div></td></tr> <tr><td colspan="2">18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>Si <input checked="" type="radio"/> 1</div><div>No <input type="radio"/> 2</div><div>Se ignora <input type="radio"/> 9</div></td></tr> <tr><td colspan="2">19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <div>Si <input type="radio"/> 1</div><div>No <input type="radio"/> 2</div></td></tr> <tr><td colspan="2">20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) <div>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <div>Paro Cardíaco no especificado</div><div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>24 Hrs</div></div><div>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <div>I46.9</div></div><div>b) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>c) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>d) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div></div><div>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 morbo que la produjo <div>Hidrocefalia no especificada</div><div>Desnutrición Calórica proteica leve</div><div>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>2 años</div><div>5 años</div><div>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <div>G91.9</div><div>E44</div></div></div></div></div></div></div></td></tr> <tr><td colspan="2">21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <div>Código CIE</div></td></tr> <tr><td colspan="2">22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <div>22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3</div><div>22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</div><div>22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</div></td></tr> <tr><td colspan="2">23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>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</div><div>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</div><div>23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 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</div><div>23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? <div></div></div><div>23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <div></div></div><div>23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión <div></div></div><div>23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión <div>23.7.1 Calle y número</div><div>23.7.2 Colonia</div><div>23.7.3 Localidad</div><div>23.7.4 Municipio o delegación</div><div>23.7.5 Entidad federativa</div></div></td></tr> <tr><td colspan="2">24. NOMBRE <div>Efrain Nombre(s)</div><div>Reyes Apellido paterno</div><div>Damián Apellido materno</div></td></tr> <tr><td colspan="2">25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Hijo</div></td></tr> <tr><td colspan="2">26. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante <input type="radio"/> 1</div><div>Médico legista <input type="radio"/> 2</div><div>Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3</div><div>Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4</div><div>Autoridad civil <input type="radio"/> 5</div><div>Otro <input type="radio"/> 8</div></td></tr> <tr><td colspan="2">27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>En trámite</div><div>Número de la cédula profesional</div></td></tr> <tr><td colspan="2">28. NOMBRE <div>Héctor Nombre(s)</div><div>Luevanos Apellido paterno</div><div>Mendiola Apellido materno</div></td></tr> <tr><td colspan="2">29. TELÉFONO <div></div></td></tr> <tr><td colspan="2">30. DOMICILIO <div>Calle Miguel Hidalgo SN, Frente al Jardín de Niños, Tetzapotla, Tamazunchale, San Luis Potosí</div></td></tr> <tr><td colspan="2">31. FIRMA <div></div></td></tr> <tr><td colspan="2">32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>17/07/2015</div><div>Día Mes Año</div></td></tr> <tr><td colspan="2">33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <div>Núm. 02, Libro Núm. 05</div><div>33.1 Acta Núm. 00016</div></td></tr> <tr><td colspan="2">34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>34.1 Localidad Tetzapotla</div><div>34.2 Municipio o delegación Tamazunchale</div><div>34.3 Entidad federativa San Luis Potosí</div><div>34.4 Día Mes Año 17/07/2015</div></td></tr>		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>Ninguna <input type="radio"/> 1</div> <div>ISSSTE <input type="radio"/> 3</div> <div>SEDENA <input type="radio"/> 5</div> <div>Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7</div> <div>Otra <input type="radio"/> 8</div> <div>IMSS <input type="radio"/> 2</div> <div>PEMEX <input type="radio"/> 4</div> <div>SEMAR <input type="radio"/> 6</div> <div>IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10</div> <div>Se ignora <input type="radio"/> 99</div>		14.1 Número de seguridad social o afiliación <div>2406341605</div>		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN <div>Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1</div> <div>IMSS <input type="radio"/> 3</div> <div>PEMEX <input type="radio"/> 5</div> <div>SEMAR <input type="radio"/> 7</div> <div>Unidad médica privada <input type="radio"/> 9</div> <div>Centro de Salud Tetzapotla 15.1 Nombre de la unidad médica</div> <div>IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2</div> <div>ISSSTE <input type="radio"/> 4</div> <div>SEDENA <input type="radio"/> 6</div> <div>Otra unidad pública <input type="radio"/> 8</div> <div>15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <div>S.P.S.S.A.O.01831</div></div>		15.3 Localidad <div>Tetzapotla</div>		15.4 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <div>San Luis Potosí</div>		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Primavera 185 Barrio Otlamaxatl Tetzapotla 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad</div> <div>Tamazunchale San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa</div>		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>17/07/2015 06:00</div> <div>Día Mes Año Horas Minutos</div>		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>Si <input checked="" type="radio"/> 1</div> <div>No <input type="radio"/> 2</div> <div>Se ignora <input type="radio"/> 9</div>		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <div>Si <input type="radio"/> 1</div> <div>No <input type="radio"/> 2</div>		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) <div>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <div>Paro Cardíaco no especificado</div><div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>24 Hrs</div></div><div>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <div>I46.9</div></div><div>b) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>c) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>d) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div></div><div>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 morbo que la produjo <div>Hidrocefalia no especificada</div><div>Desnutrición Calórica proteica leve</div><div>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>2 años</div><div>5 años</div><div>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <div>G91.9</div><div>E44</div></div></div></div></div></div></div>		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <div>Código CIE</div>		22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <div>22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3</div> <div>22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</div> <div>22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</div>		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>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</div> <div>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</div> <div>23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 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</div> <div>23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? <div></div></div> <div>23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <div></div></div> <div>23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión <div></div></div> <div>23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión <div>23.7.1 Calle y número</div><div>23.7.2 Colonia</div><div>23.7.3 Localidad</div><div>23.7.4 Municipio o delegación</div><div>23.7.5 Entidad federativa</div></div>		24. NOMBRE <div>Efrain Nombre(s)</div> <div>Reyes Apellido paterno</div> <div>Damián Apellido materno</div>		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Hijo</div>		26. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante <input type="radio"/> 1</div> <div>Médico legista <input type="radio"/> 2</div> <div>Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3</div> <div>Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4</div> <div>Autoridad civil <input type="radio"/> 5</div> <div>Otro <input type="radio"/> 8</div>		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>En trámite</div> <div>Número de la cédula profesional</div>		28. NOMBRE <div>Héctor Nombre(s)</div> <div>Luevanos Apellido paterno</div> <div>Mendiola Apellido materno</div>		29. TELÉFONO <div></div>		30. DOMICILIO <div>Calle Miguel Hidalgo SN, Frente al Jardín de Niños, Tetzapotla, Tamazunchale, San Luis Potosí</div>		31. FIRMA <div></div>		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>17/07/2015</div> <div>Día Mes Año</div>		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <div>Núm. 02, Libro Núm. 05</div> <div>33.1 Acta Núm. 00016</div>		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>34.1 Localidad Tetzapotla</div> <div>34.2 Municipio o delegación Tamazunchale</div> <div>34.3 Entidad federativa San Luis Potosí</div> <div>34.4 Día Mes Año 17/07/2015</div>					
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>Ninguna <input type="radio"/> 1</div> <div>ISSSTE <input type="radio"/> 3</div> <div>SEDENA <input type="radio"/> 5</div> <div>Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7</div> <div>Otra <input type="radio"/> 8</div> <div>IMSS <input type="radio"/> 2</div> <div>PEMEX <input type="radio"/> 4</div> <div>SEMAR <input type="radio"/> 6</div> <div>IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10</div> <div>Se ignora <input type="radio"/> 99</div>																																																					
14.1 Número de seguridad social o afiliación <div>2406341605</div>																																																					
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN <div>Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1</div> <div>IMSS <input type="radio"/> 3</div> <div>PEMEX <input type="radio"/> 5</div> <div>SEMAR <input type="radio"/> 7</div> <div>Unidad médica privada <input type="radio"/> 9</div> <div>Centro de Salud Tetzapotla 15.1 Nombre de la unidad médica</div> <div>IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2</div> <div>ISSSTE <input type="radio"/> 4</div> <div>SEDENA <input type="radio"/> 6</div> <div>Otra unidad pública <input type="radio"/> 8</div> <div>15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <div>S.P.S.S.A.O.01831</div></div>																																																					
15.3 Localidad <div>Tetzapotla</div>																																																					
15.4 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <div>San Luis Potosí</div>																																																					
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Primavera 185 Barrio Otlamaxatl Tetzapotla 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad</div> <div>Tamazunchale San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa</div>																																																					
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>17/07/2015 06:00</div> <div>Día Mes Año Horas Minutos</div>																																																					
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>Si <input checked="" type="radio"/> 1</div> <div>No <input type="radio"/> 2</div> <div>Se ignora <input type="radio"/> 9</div>																																																					
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <div>Si <input type="radio"/> 1</div> <div>No <input type="radio"/> 2</div>																																																					
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) <div>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <div>Paro Cardíaco no especificado</div><div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>24 Hrs</div></div><div>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <div>I46.9</div></div><div>b) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>c) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div><div>d) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div></div><div>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 morbo que la produjo <div>Hidrocefalia no especificada</div><div>Desnutrición Calórica proteica leve</div><div>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>2 años</div><div>5 años</div><div>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <div>G91.9</div><div>E44</div></div></div></div></div></div></div>																																																					
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <div>Código CIE</div>																																																					
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <div>22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3</div> <div>22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</div> <div>22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</div>																																																					
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>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</div> <div>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</div> <div>23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 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</div> <div>23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? <div></div></div> <div>23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <div></div></div> <div>23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión <div></div></div> <div>23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión <div>23.7.1 Calle y número</div><div>23.7.2 Colonia</div><div>23.7.3 Localidad</div><div>23.7.4 Municipio o delegación</div><div>23.7.5 Entidad federativa</div></div>																																																					
24. NOMBRE <div>Efrain Nombre(s)</div> <div>Reyes Apellido paterno</div> <div>Damián Apellido materno</div>																																																					
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Hijo</div>																																																					
26. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante <input type="radio"/> 1</div> <div>Médico legista <input type="radio"/> 2</div> <div>Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3</div> <div>Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4</div> <div>Autoridad civil <input type="radio"/> 5</div> <div>Otro <input type="radio"/> 8</div>																																																					
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>En trámite</div> <div>Número de la cédula profesional</div>																																																					
28. NOMBRE <div>Héctor Nombre(s)</div> <div>Luevanos Apellido paterno</div> <div>Mendiola Apellido materno</div>																																																					
29. TELÉFONO <div></div>																																																					
30. DOMICILIO <div>Calle Miguel Hidalgo SN, Frente al Jardín de Niños, Tetzapotla, Tamazunchale, San Luis Potosí</div>																																																					
31. FIRMA <div></div>																																																					
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>17/07/2015</div> <div>Día Mes Año</div>																																																					
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <div>Núm. 02, Libro Núm. 05</div> <div>33.1 Acta Núm. 00016</div>																																																					
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>34.1 Localidad Tetzapotla</div> <div>34.2 Municipio o delegación Tamazunchale</div> <div>34.3 Entidad federativa San Luis Potosí</div> <div>34.4 Día Mes Año 17/07/2015</div>																																																					

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

DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD
Dr. Tecapoth Cupe → Fve?