

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO											
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Alejandro Nombre(s) Santiago Apellido paterno Reyes Apellido materno											
2. CURP _____											
3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99											
4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99											
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09			6. PESO 48 Kilogramos			7. TALLA 166 Metros			8. FECHA DE NACIMIENTO 17071954 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											
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"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09											
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) C. Rio Tampico No. 6 Col. Las Brisas Tampico 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad San Luis Potosí											
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 012 Primaria completa <input checked="" type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10											
13. Ocupación habitual Carpintero 13.1 Trabajaba <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09											
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99											
14.1 Número de seguridad social o afiliación 2406339159											
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada											
15.1 Nombre de la unidad médica _____ Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08											
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 09											
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN C. Rio Tampico No. 6 Col. Las Brisas Tampico 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa											
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 08/10/2015 10:17:00 Dia Mes Año Horas Minutos											
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09											
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02											
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente											
a) Falla orgánica Múltiple Debido a (o como consecuencia de)											
b) Sepsis Debido a (o como consecuencia de)											
c) Tuberculosis Meningea Debido a (o como consecuencia de)											
d) _____											
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo											
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"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05											
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02											
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02											
22.4 Úsese exclusivo del personal codificador 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE											
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09											
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09											
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09											
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? _____											
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____											
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____											
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa											
24. NOMBRE Ma Petra Nombre(s) Gonzalez Apellido paterno Hernandez Apellido materno Esposa DEL INF.											
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)											