

*SI LA DEFUNCION NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MEDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARIA DE SALUD EN UN PERIODO MAXIMO DE 10 DIAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICION

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSICIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) JOSE LUIS GARCIA HERNANDEZ Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
2. CURP [Blank]	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI ☐ No ☐ Se ignora ☐	6. PESO 65 Kilogramos Gramos	7. TALLA 1.72 Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO 10/01/1948 Día Mes Año	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: [Blank] Minutos Para menores de un día: [Blank] Horas Para menores de un mes: [Blank] Días Para menores de un año: [Blank] Meses Para personas de un año o más: 68 Años cumplidos Se ignora ☐	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Blank]		
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Vuelto(a) ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☒ Se ignora ☐		
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivió el fallecido(a) REC. JUAN MORA N. 2 CENTRO 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad VILLA DE LA PAZ SAN LUIS POTOSÍ 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria incompleta ☐ Secundaria incompleta ☐ Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ Profesional ☐ Se ignora ☐ Preescolar ☐ Primaria completa ☐ Secundaria completa ☐ Bachillerato o preparatoria completa ☐ Posgrado ☐		
13. OCUPACIÓN HABITUAL SOLICITUD 13.1 Trabajaba SI ☐ NO ☐ Se ignora ☐		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☒ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS Oportunidades ☐ Se ignora ☐		
14.1 Número de seguridad social o afiliación: [Blank]		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ IMSS Oportunidades ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ 15.1 Nombre de la unidad médica: HOSPITAL GENERAL DE LA PAZ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [Blank] 15.3 Localidad: [Blank] 15.4 Municipio o delegación: [Blank] 15.5 Entidad federativa: [Blank]		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN CARRERA A LA PAZ 601 BERNALDI 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad MATEHUALA SAN LUIS POTOSÍ 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 04/01/2014 12:00 Día Mes Año Horas Minutos		
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ☐ NO ☐ Se ignora ☐		
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ☐ NO ☐		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de muerte: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) CHOCQUE Debido a (o como consecuencia de) b) NEUMONÍA BACTERIANA COMUNITARIA Debido a (o como consecuencia de) c) INFECCIÓN VIAL ORIGINARIA Debido a (o como consecuencia de) d) [Blank] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moribundo que la produjo Úlceras por decúbito Intervale aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 3 días 7 días 7 días 8 meses Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Blank]		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o parto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI ☐ NO ☐		
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI ☐ NO ☐		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI ☐ NO ☐ Se ignora ☐ 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Área comercial o de servicios ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Se ignora ☐		
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐		
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Blank]		
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Blank]		
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad [Blank] 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa		
24. NOMBRE SAGRAMO GPE. GARCIA MORA Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) HIJO		
26. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1525511 Número de la cédula profesional		
28. NOMBRE ANTHONY HUNTER ZAVOLA Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
29. TELÉFONO 8824676		
30. DOMICILIO CARRERA A LA PAZ 601		
31. FIRMA [Signature]		
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 07/01/2014 Día Mes Año		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad: [Blank]		