

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

150683058

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>JULIAN</b> <b>ZAUALO</b> <b>VAZQUEZ</b> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
2. CURP	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	6. PESO <b>55</b> Kilogramos Gramos	7. TALLA <b>1.62</b> Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO <b>9011954</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>061</b> Se ignora <input type="radio"/> 99		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99		
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <b>Los Pinos #1</b> <b>Ejido Monjas</b> 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad <b>Marquítile de Llaneros</b> <b>San Luis Potosí</b> 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input checked="" type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		
13. OCUPACIÓN HABITUAL <b>Agricultor</b> 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		
14.1 Número de seguridad social o afiliación <b>2407629094</b>		

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99												
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <b>Los Pinos #1</b> <b>Ejido Monjas</b> 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad <b>Marquítile de Llaneros</b> <b>San Luis Potosí</b> 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa												
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>20102015 15:30</b> Día Mes Año Horas Minutos												
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99												
19. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2												
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte</th> <th>Código CIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>10.</b></td> <td><b>E11.</b></td> </tr> <tr> <td><b>15.</b></td> <td><b>I10.</b></td> </tr> <tr> <td><b>3.</b></td> <td><b>I18.9</b></td> </tr> <tr> <td><b>1 año.</b></td> <td><b>A18.1</b></td> </tr> </tbody> </table>			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE	<b>10.</b>	<b>E11.</b>	<b>15.</b>	<b>I10.</b>	<b>3.</b>	<b>I18.9</b>	<b>1 año.</b>	<b>A18.1</b>
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE											
<b>10.</b>	<b>E11.</b>											
<b>15.</b>	<b>I10.</b>											
<b>3.</b>	<b>I18.9</b>											
<b>1 año.</b>	<b>A18.1</b>											
<p>PARTE I</p> <p>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) <b>Diabetes Mellitus tipo II</b> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) <b>Hipertensión Arterial</b> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) <b>Insuficiencia Renal Crónica</b> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) <b>Tuberculosis Genitourinaria</b> <b>NCOP</b></p> <p>PARTE II</p> <p>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo</p>												

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5			22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99			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			23.8 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?		
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			23.7.6 Entidad federativa		
24. NOMBRE			25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		