

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MEDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Petra Leyva Galeana Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno				
	2. CURP Se ignora <input type="radio"/> _99		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> _01 Mujer <input checked="" type="radio"/> _02 Se ignora <input type="radio"/> _09	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> _01 Otra <input type="radio"/> _02 Se ignora <input type="radio"/> _09	
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _01 No <input checked="" type="radio"/> _02 Se ignora <input type="radio"/> _09		6. PESO Kilogramos Gramos	7. TALLA Metros Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO 22 / 12 / 1942 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 73 Se ignora <input type="radio"/> _09		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) Batancourt 226 centro San Luis Potosí 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad Matehuala 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
	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"/> _12 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 labores del hogar Se ignora <input type="radio"/> _99 13.1 Trabajaba Sí <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 type="radio"/> _07 Otra <input type="radio"/> _08 IMSS <input checked="" 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 4108720I368	
	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 <input type="radio"/> _09 Hospital Rural Prospera I IMSS Oportunidades <input checked="" type="radio"/> _02 ISSSTE <input type="radio"/> _04 SEDENA <input type="radio"/> _06 Otra unidad pública <input type="radio"/> _08 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Via pública <input type="radio"/> _10 Otro lugar <input type="radio"/> _12 Hogar <input type="radio"/> _11 Se ignora <input type="radio"/> _99				
DE LA DEFUNCIÓN	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN carretera 57, numero 617, 22 de Mayo San Luis Potosí 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad Matehuala 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa				
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 08 / 02 / 2016 20 : 55 Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> _01 No <input checked="" 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, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Cáncer de mama terminal Debido a (o como consecuencia de) b) Metastasis multiples Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) 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 morboso que la produjo			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 años 3 años Código CIE	
	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 checked="" type="radio"/> _02 22.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> _01 No <input checked="" type="radio"/> _02 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE				
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	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 checked="" type="radio"/> _02 Se ignora <input type="radio"/> _09 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> _01 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)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> _06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> _07 Otro <input type="radio"/> _08 Se ignora <input type="radio"/> _09 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 Gloria Ramirez Leyva Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno				
	25. PADRE(S) CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija				
	26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> _01 Médico legista <input type="radio"/> _02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> _03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> _04 Autoridad civil <input type="radio"/> _05 Otro <input type="radio"/> _08 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 6946349 Número de la cédula profesional				
DEL CERTIFICANTE	28. NOMBRE Aldo Joao Pérez Montoya Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno				
	30. DOMICILIO carretera 57, numero 617, col 22 de Mayo, Matehuala, SLP		31. FIRMA [Firma]		
DEL REG. CIVIL	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 08 / 02 / 2016 Día Mes Año				
	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm. 33.1 Acta Núm.				
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año					

ATENCIÓN: LA UNIDAD MEDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD*