

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, 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 MATTERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

2. CURP		Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
				<input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99		<input type="radio"/> Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO	
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		53 Kilogramos Gramos		1.50 Metros Centímetros		16051771 Día Mes Año	
9. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	Se ignora <input type="radio"/> 99
		Minutos	Horas	Días	Meses	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"/> 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)					
		11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad	
		Flamchale				Tamaulipas	
11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
		Mazatlán					
12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN HABITUAL					
Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input 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 Se ignora <input type="radio"/> 99							
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación					
Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input 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							
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica					
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							
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
Calleteros Sur Martínez Km 3		Tamaulipas					
16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.3 Localidad		16.4 Municipio o delegación	
				Z. L.P.			
16.5 Entidad federativa							
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?					
1301241610:15 Día Mes Año Horas Minutos		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99					
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?					
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99					
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte					
a) Infarto agudo al miocardio		5 años					
b) Hipertensión arterial sistémica		7 años					
c) Debido a (o como consecuencia de)							
d) Diabetes Mellitus tipo 2		7 años					
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo							
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?					
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?					
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2					
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2					
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?					
23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?					
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión					
Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3					
Se ignora <input type="radio"/> 9		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					
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		Apellido paterno		Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Severino		Garcia		Hdez		Esposo	
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno			
26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		4260733 Número de la cédula profesional					
28. NOMBRE		29. TELÉFONO					
Patricia		3621160					
Nombre(s)							
30. DOMICILIO		31. FIRMA					
Calle 100 mza 10 lote 10 col. Tamaulipas		Servicios de Salud de San Luis Potosí Jurisdicción VI Tamaulipas, S.L.P.					
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Número _____, Libro Número _____		34.1 Localidad _____					
33.1 Acta Número _____		34.2 Municipio o delegación _____					
		34.3 Entidad federativa _____					
		34.4 Día Mes Año _____					
35. ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3 ^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SANIDAD							



160618666