

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) Feneria Cruz Santiago	
	2. CURP [Se ignora] [99]	
	3. SEXO Hombre [01] Mujer [02]	
	4. NACIONALIDAD Mexicana [01] Otra [02]	
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí [01] No [02] Se ignora [09]	
	6. PESO 3.500 Kilogramos Gramos	
7. TALLA 1.50 Metros Centímetros		
8. FECHA DE NACIMIENTO 31/10/2015 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 [04] Separado(a) [06] Divorciado(a) [03] Viudo(a) [02] Soltero(a) [01] Casado(a) [05] Se ignora [09]		
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)		
11.1 Calle y número Vicente Guerrero No 48 No. 48 No. 48 Finca m... 11.2 Colonia Tampacan 11.3 Localidad San Luis Potosí 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
12. ESCOLARIDAD Ninguna [01] Primaria incompleta [02] Secundaria incompleta [04] Bachillerato o preparatoria incompleta [11] Profesional [07] Se ignora [09] Preescolar [12] Primaria completa [03] Secundaria completa [05] Bachillerato o preparatoria completa [06] Posgrado [10]		
13. OCUPACIÓN HABITUAL lactante 13.1 Trabajaba Sí [01] No [02] Se ignora [09]		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna [01] ISSSTE [03] SEDENA [05] Seguro Popular [07] Otra [08] IMSS [02] PEMEX [04] SEMAR [06] IMSS Oportunidades [10] Se ignora [09]		
14.1 Número de seguridad social o afiliación		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud [01] IMSS [03] PEMEX [05] SEMAR [07] Unidad médica privada [09] 15.1 Nombre de la unidad médica: 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Via pública [X10] Otro lugar [12] Hogar [11] Se ignora [09]		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Vicente Guerrero No 48 Huevo Japilla Finca m... 16.1 Calle y número Tampacan 16.2 Colonia San Luis Potosí 16.3 Localidad 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 26/02/2016 11:30 Día Mes Año Horas Minutos		
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí [X1] No [02] Se ignora [09]		
19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí [01] No [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) Insuficiencia respiratoria, no clasificada en otra parte b) Bronquiolitis aguda c) 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		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo [01] El parto [02] El puerperio [03] 43 días a 11 meses después del parto o aborto [04] No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte [05] 22.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí [01] No [02] 22.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí [01] No [02] 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente [01] Homicidio [02] Suicidio [03] Se ignora [09] 23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí [01] No [02] Se ignora [09] 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular [00] Área deportiva [03] Calle o carretera (vía pública) [04] Área comercial o de servicios [05] Se ignora [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		
DEL REG. CIVIL 24. NOMBRE Guillermo Cruz Reyes 25. PADRESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) padre		
DEL CERTIFICANTE 26. CERTIFICADA POR Médico tratante [01] Médico legista [02] Otro médico [03] Persona autorizada por la Secretaría de Salud [04] Autoridad civil [05] Otro [08] 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 3772004 Número de la cédula profesional		
28. NOMBRE María Virginia Navarro Alonso 29. TELÉFONO 014033620397		
30. DOMICILIO Carretera San Juan km 3, 2da etapa, Tamazunchale, S.L.P. 31. FIRMA 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 26/02/2016 Día Mes Año		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 01, Libro Núm. 05 33.1 Acta Núm. 00017 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad Tampacan 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año 26/02/2016		