

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		NINA		BAUTISTA		FLORES	
		Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
2. CURP				3. SEXO		4. NACIONALIDAD	
				Se ignora ☐ 99 Hombre ☐ 01 Mujer ☒ 02 Se ignora ☐ 09 Mexicana ☒ 01 Otra ☐ 02 Se ignora ☐ 09			
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO	
SI ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09		1000 218 915 Kilogramos Gramos		100 49 Centímetros Metros		12 10 7 2 0 1 6 Día Mes Año	
9. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes	
		Minutos		Horas		Días	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10 2113 185 316 1		10. ESTADO CONYUGAL		Para menores de un año o más	
				En unión libre ☐ 04 Separado(a) ☐ 06 Divorciado(a) ☐ 03 Viudo(a) ☐ 02 Soltero(a) ☒ 01 Casado(a) ☐ 05 Se ignora ☐ 09		Años cumplidos	
11. RESIDENCIA HABITUAL		Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)		11.2 Colonia		11.3 Localidad	
CARLOS BAUTISTA 117				ATLAMAXAC			
11.1 Calle y número		11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
MATLAPA				SAN LUIS POTOSÍ			
12. ESCOLARIDAD		Ninguna ☒ 01 Primaria incompleta ☐ 02 Secundaria incompleta ☐ 04 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 07 Se ignora ☐ 99		13. OCUPACIÓN HABITUAL			
Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 03 Secundaria completa ☐ 05 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 08 Posgrado ☐ 10				13.1 Trabajaba SI ☐ 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 ☐ 99		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 IMSS Oportunidades ☐ 02 ISSSTE ☐ 04 SEDENA ☐ 06 Otra unidad pública ☐ 08		15.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12	
				15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Hogar ☒ 11 Se ignora ☐ 99	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		CARLOS B. BAUTISTA 117		ATLAMAXAC			
16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.3 Localidad			
MATLAPA				SAN LUIS POTOSÍ			
16.4 Municipio o delegación				16.5 Entidad federativa			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		2 4 0 7 2 0 1 6 1 4 : 0 0		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día Mes Año Horas Minutos				SI ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09		SI ☐ 01 No ☒ 02	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Código CIE	
a) SÍNDROME DE LA MUERTE SUBITA INFANTIL		Debido a (o como consecuencia de)				R95	
b) Debido a (o como consecuencia de)							
c) Debido a (o como consecuencia de)							
d) Debido a (o como consecuencia de)							
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		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
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				SI ☐ 01 No ☐ 02		SI ☐ 01 No ☐ 02	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.1 Fue un presunto		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		23.3 ¿Dónde ocurrió la lesión?	
Accidente ☐ 01 Homicidio ☐ 02 Suicidio ☐ 03 Se ignora ☐ 09		SI ☐ 01 No ☐ 02		SI ☐ 01 No ☐ 02		Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 06 Área deportiva ☐ 03 Granja (rancho o parcela) ☐ 07 Calle o carretera (vía pública) ☐ 04 Otro ☐ 08 Área comercial o de servicios ☐ 05 Se ignora ☐ 09	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia e 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(a) 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	
24. NOMBRE		ABEL		BAUTISTA		MARTÍNEZ	
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(AS) FALLECIDO(A)	
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		Número de la cédula profesional	
				3457429			
28. NOMBRE		RAFAEL		CERVANTES		MORENO	
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno		29. TELÉFONO	