



REMITIDA POR UNA UNIDAD MEDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARIA  
DUD EN UN PERIODO MAXIMO DE 10 DIAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICION  
INFORMACION EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA  
ACTIVIDAD APPLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCION DE DATOS

LA INF  
NORM  
DE SAL  
DE LA DIFUSION NO FUE C  
DE SAL

19. *Leucosia* (Leucosia) *leucostoma* (Fabricius) (Fig. 19)

00624904

16  
books  
comics  
magazines  
CDs  
VHS  
REG

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES											
<b>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)</b> <b>ALBERICO</b> Nombre(s) <b>HERNANDEZ</b> Apellido paterno											
<b>2. CURP</b> <b>9910011234567890</b> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99											
<b>3. S</b> <b>3. S</b> Se ignora <input type="radio"/> 99 Hon											
<b>5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?</b> Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99						<b>6. PESO</b> <b>60</b> Kilogramos			<b>7. TALLA</b> <b>170</b> Gramos		
<b>9. EDAD</b> <b>CUMPLIDA</b> Para menores de una hora Minutos						Para menores de un día Horas			Para menores de un mes Días		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:						<b>10. ESTADO CONYUGAL</b> En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Div.					
<b>11. RESIDENCIA HABITUAL</b> Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <b>LOCALIDAD LA MARIANA</b> 11.1 Calle y número <b>EBANO</b> 11.2 Colonia o colonización											
11.4 Municipio o delegación											
<b>12. ESCOLARIDAD</b> 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 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 Otra											
<b>14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b> 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 Se ignora <input type="radio"/> 99 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											
<b>15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCION</b> 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 <b>HOSPITAL</b> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8											
<b>16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN</b> <b>CARRETERA MEX LAREDO KM 7</b> 16.1 Calle y número <b>CD VALLES</b> 16.2 Colonia											
16.4 Municipio o delegación											
<b>17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN</b> <b>01 09 2016 12:30</b> Día Mes Año Horas Minutos											
<b>18. TUVO ATENCIÓN ENFERMEDAD O LESIÓN</b> <b>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</b>											
<b>20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</b> (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: PARTE I, Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente)											
a) <b>NEUMONIA NOSOCOMIAL</b> Debido a (o como consecuencia de)											
b) <b>4 AÑOS</b> Debido a (o como consecuencia de)											
c) <b>CHOQUE SEPTICO</b> Debido a (o como consecuencia de)											
d)											
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbos que la produjeron											
<b>22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</b> <b>22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:</b> 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 estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5											
<b>22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?</b> <b>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</b>											
<b>23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</b> <b>23.1 Fue un presunto</b> Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9											
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9											
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											
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 muerte											
23.7 Solo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia											
23.7.4 Municipio o delegación											
<b>24. NOMBRE</b> <b>ROBERTO LOPEZ CORONEL</b> Nombre(s) <input type="radio"/> Apellido paterno <input type="radio"/> Apellido materno <input type="radio"/>											
<b>26. CERTIFICADA POR</b> Médico <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											
<b>28. NOMBRE</b> <b>BLANCA RUIZ HERNANDEZ OR. 12</b> Nombre(s) <input type="radio"/> Apellido paterno <input type="radio"/> Apellido materno <input type="radio"/>											
<b>30. DOMICILIO</b> <b>CARRERA MEX- Laredo Km 7.</b>											
<b>31. FIRMA</b>											
<b>33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO</b>											
<b>34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</b>											
34.1 Localidad _____											