

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <div style="display: flex; justify-content: space-between;">IgnacioMartinezBettran</div>					
2. CURP [Espacios para caracteres]		3. SEXO Se ignora <input type="radio"/> Hombres <input checked="" type="radio"/> Mujeres <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/>		6. PESO Kilogramos Gramos [] []		7. TALLA Metros Centímetros [] []	
8. FECHA DE NACIMIENTO 24 / 01 / 1962 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 Minutos Horas Días Meses Años cumplidos 54 Se ignora <input type="radio"/>					
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"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <div style="display: flex; justify-content: space-between;">Calle y número: Obispana No. A San Luis PotosíColonia: Las PiedrasLocalidad: []</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;">Municipio o delegación: []Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): []</div>					
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>			13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			14.1 Número de seguridad social o afiliación: []		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Hospital Central M.P.			15.1 Nombre de la Unidad Médica: [] 15.2 Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES): []		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número: [] 16.2 Colonia: [] 16.3 Localidad: [] 16.4 Municipio o delegación: [] 16.5 Entidad federativa: []					
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 26 / 08 / 2016 05 : 20 Día Mes Año Horas Minutos			18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Intoxicación Respiratoria Tipo I Debido a (o como consecuencia de): Choque Mixto b) Insuficiencia Renal Aguda c) Hipotermia Severa d) Cirrosis Hepática. CAUSAS ANTERECEDENTES Estados morbosos, al existir 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 : [] Uso exclusivo del personal codificador 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>			22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o pastadero) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
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 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 Nombre(s): [] Apellido paterno: [] Apellido materno: []			25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) []		
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>			27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: []		
28. NOMBRE Nombre(s): [] Apellido paterno: [] Apellido materno: []			29. TELÉFONO []		
30. DOMICILIO Calle y número: [] Colonia: [] Localidad: [] Municipio o delegación: [] Entidad federativa: []			31. FIRMA []		
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año [] [] []			33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [] Libro Núm. [] 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 [] [] []					



160627681