

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <div>ma del Jesús</div>						Apellido paterno <div>González</div>						Apellido materno <div>Murillo</div>											
2. CURP [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Se ignora <input type="radio"/> 099						3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09						4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09											
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09						6. PESO Kilogramos Gramos [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []						7. TALLA Metros Centímetros [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []						8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año <div>12 5 21 9 8 8</div>					
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 Años cumplidos Minutos Horas Días Meses <div>2 3</div>						10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09																	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivió el fallecido(a)						11.1 Calle y número <div>Privada Guadalupe B1B</div>						11.2 Colonia <div>Dice Grande</div>						11.3 Localidad <div>Dice Grande</div>					
						11.4 Municipio o delegación <div>Villa de Pinos</div>												11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <div>San Luis Potosí</div>					
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input checked="" type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 099 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10						13. OCUPACIÓN HABITUAL <div>Ama de casa</div>						13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09											
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 099						14.1 Número de seguridad social o afiliación [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																	
15. SITIO DE OCURENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08						15.1 Nombre de la unidad médica [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []						Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 099											
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																							
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Circuito Ciudad Gobierno 490</div>						16.1 Calle y número						16.2 Colonia <div>Ciudad Gobierno</div>						16.3 Localidad <div>Zacatecas</div>					
						16.4 Municipio o delegación <div>Zacatecas</div>												16.5 Entidad federativa <div>Zacatecas</div>					
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos <div>16 04 2016 08 30</div>						18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09						19. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02											
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>5 días</div>						Código CIE <div>R57.2</div>											
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente <div>a) Choque séptico</div>						Debido a (o como consecuencia de)						5 días						W39.0					
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica <div>b) Infección del tracto urinario</div>						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 morboso que la produjo <div>e) Esclerodermia</div>												11 años						M34.9					
						f) Hipertensión arterial sistémica						5 años						I17.0					
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"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05						22.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02						22.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02						21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <div>R57.2</div>					
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09						23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09						23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 01 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09						Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09					
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						23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?											
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 <div>Angelica</div>						Apellido paterno <div>Murillo</div>						Apellido materno <div>Pérez</div>						25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>madre</div>					
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08						27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>4370886</div>						Número de la cédula profesional						29. TELÉFONO					