

170640042

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

170640042

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Ian Jesús		Primer Apellido		Jáurez		Segundo Apellido		Fraga.			
2. FECHA DE NACIMIENTO		09062016		3. SEXO		Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		San Luis Potosí			
5. CURP								6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9			
8. 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			
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				8.2 Semanas de gestación:				9. ESTADO CONYUGAL		Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 Viudo(a) <input type="checkbox"/> 2 Casado(a) <input type="checkbox"/> 5 En unión libre <input type="checkbox"/> 4 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9			
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle		Francisco Marquez		10.2 Nombre de la vialidad		El Pueblo			
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		Colonia		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano		Villa de Pozos			
10.7 Código Postal				10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		San Luis Potosí			
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es:		Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL		12.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 IMSS <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica		Hospital General de Soledad		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		2409777561-5			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9		15.1 Tipo de vialidad		Valentín Ormador		15.2 Nombre de la vialidad		Rivadavia Guillet			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		1112		15.5 Tipo de asentamiento humano		Sociedad de Graciano Sánchez		15.6 Nombre del asentamiento humano		San Luis Potosí			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		26022017 2127		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa					
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		12 días			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		Código exclusivo del personal codificador Código CIE											
PARTE I Enfermedad, lesión o estadio patológico que produjo la muerte directamente		a) Neumonía adquirida en la comunidad. Debido a (o como consecuencia de)		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Debido a (o como consecuencia de)		El embarazo <input type="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		12.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
c) Debido a (o como consecuencia de)		d) Debido a (o como consecuencia de)		22.1 SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo				Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2		Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="checkbox"/> 6 Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		5 días. 7 meses			
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad					
22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano		22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad			
22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa			
23. NOMBRE		Martha Gómez		Primer Apellido		Fraga		Segundo Apellido		Loredo		Abuela materna.	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> 3		Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5 Otro* <input type="checkbox"/> 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		6525338		Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE		Zoraida		Primer Apellido		Banda		Segundo Apellido		Almazán		28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		Protección Civil		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano	
Rivadavia Guillet		29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.11 Teléfono		29.12 Acta Número		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Soledad de Graciano Sánchez		San Luis Potosí		29.10 Entidad federativa				29.11 Teléfono		29.12 Acta Número		126022016	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		Núm. _____ , Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad		32.2 Municipio o delegación		32.3 Entidad federativa		32.4 Día Mes Año	
31.1 Acta Núm. _____													