

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

|  |  |   |  |   |   |
|--|--|---|--|---|---|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Hugo Armando</u> <u>Murillo</u> <u>Lopez</u><br>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido   |  |   |  |   |   |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO<br><u>27</u> <u>06</u> <u>1999</u><br>Día Mes Año   | 3. SEXO<br>Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br><u>San Luis Potosí</u><br>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)   |  |   |   |
| 5. CURP<br><u>MUCLH890627HS PR PG 04</u> Se ignora <input type="radio"/> 99  |  | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9   | 7. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9<br>Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique |   |   |
| 8. EDAD CUMPLIDA<br>Para menores de una hora: <u>02</u> <u>08</u> Años cumplidos<br>Para menores de un día: <u>02</u> <u>08</u> Horas<br>Para menores de un mes: <u>02</u> <u>08</u> Días<br>Para menores de un año: <u>02</u> <u>08</u> Meses<br>Para personas de un año o más: <u>02</u> <u>08</u> Años cumplidos  |  | 9. ESTADO CONYUGAL<br>Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5<br>En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9  |  |   |   |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL<br>Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)<br><u>155</u> <u>Colonia</u> <u>Av. Avenida</u> <u>Fuente Del Parque</u><br>10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad<br>10.3 Núm. Exterior <u>78290</u> 10.4 Núm. Interior <u>San Luis Potosí</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u><br>10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u><br>10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)   |  | 11. ESCOLARIDAD<br>Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5<br>Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input checked="" type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99<br>11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>Completa</u> <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 |  | 12. OCUPACIÓN HABITUAL<br><u>Arquitecto</u> Se ignora <input type="radio"/> 99<br>12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 |   |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br>Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8<br>IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99   |  | 13.1 Número de seguridad social o afiliación<br><u>2417061702-1</u>   |  |   |   |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7<br>IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9<br><u>Hospital General De Salud</u><br>14.1 Nombre de la unidad médica<br>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)   |  | 14.3 Tipo de vialidad <u>Valentin Anador</u> 14.4 Nombre de la vialidad <u>Rivas Guillen</u><br>14.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad De Gracia Sanchez</u> 14.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u><br>14.7 Código Postal 14.8 Localidad 14.9 Municipio o delegación 14.10 Entidad federativa  |  |   |   |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br><u>1112</u> <u>Colonia</u> <u>Valentin Anador</u> <u>Rivas Guillen</u><br>15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad<br>15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano<br>15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa   |  | 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br><u>20</u> <u>09</u> <u>2017</u> <u>01</u> <u>35</u><br>Día Mes Año Horas Minutos  |  | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br>Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9                  | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)<br>PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente<br>a) <u>Falla Orgánica Múltiple</u><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>b) <u>Choque Séptico</u><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>c) <u>Neumoinfección</u><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>d) <u>Infección De VIH</u><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>PARTE II<br>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo |  | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte<br><u>24 horas</u><br><u>24 horas</u><br><u>8 Días</u><br><u>15 días</u><br>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE   |  |   |   |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3<br>43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5   |  | 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2  |  | 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2   | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br>Código CIE   |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE<br>22.1 Fue un presunto<br>Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9<br>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9  |  | 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión<br>Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3<br>Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4<br>Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9  |  | 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)  |   |
| 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 Añote 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  |  | 22.7.9 Municipio o delegación   |   |
| 22.7.10 Entidad federativa   |  |   |  |   |   |
| 23. NOMBRE <u>Hector</u> <u>Murillo</u> <u>Hernandez</u><br>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido   |  | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)<br><u>Padre</u>  |  |   |   |
| 25. CERTIFICADA POR<br>Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 <u>Directivo Guardia</u><br>Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 6 *Especifique  |  | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br><u>3207093</u><br>Número de la cédula profesional   |  |   |   |
| 27. NOMBRE <u>Erika Alicia</u> <u>Dominquez</u> <u>Yerena</u><br>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido  |  | 28. FIRMA <u>[Firma]</u>  |  |   |   |
| 29. DOMICILIO y TELÉFONO<br>29.1 Tipo de vialidad <u>Valentin Anador</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>1112</u><br><u>Rivas Guillen</u> 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano<br>29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Soledad De Gracia Sanchez</u> 29.7 Código Postal <u>San Luis Potosí</u><br>29.8 Localidad 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono   |  | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br><u>20</u> <u>09</u> <u>2017</u><br>Día Mes Año  |  |   |   |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO<br>Núm. <u>      </u> , Libro Núm. <u>      </u><br>31.1 Acta Núm. <u>      </u>   |  | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO<br>32.1 Localidad <u>      </u><br>32.2 Municipio o delegación <u>      </u> 32.3 Entidad federativa <u>      </u> 32.4 Día <u>      </u> Mes <u>      </u> Año <u>      </u>   |  |   |   |

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD