

ERISA y 401(a) PLANES DE PENSIONES. LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

170646679

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Iker Alexis Gutierrez Martinez					
2. FECHA DE NACIMIENTO 02/02/2017		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO 	
5. CURP 					
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐					
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Especifique					
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 6 Para personas de un año o más Años cumplidos Se ignora ☐					
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐					
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)					
10.1 Tipo de vivienda Vivienda Privada					
10.2 Nombre de la vivienda San Luis Polanco					
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano San Luis Polanco 10.6 Nombre del asentamiento humano					
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 Ninguna ☒ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐					
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ Incompleta ☐					
12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora ☐ Trabajaba Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora ☐					
13.1 Número de seguridad social o afiliación 2409741073					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐					
14.1 Nombre de la unidad médica Hospital del Virrey y la Virgen					
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda Franco 15.2 Nombre de la vivienda San Juan de Guadalupe 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano San Luis Polanco 15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Polanco 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 19 Mes 01 Año 2018 Horas 9 Minutos 44					
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐					
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☐					
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) Choque séptico b) Debido a (o como consecuencia de) Neumonía c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera 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 Madenia propionica Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 45 hrs Uso exclusivo del personal codificador Código CIE					
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐					
21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? ☐ Sí ☐ No ☐					
21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? ☐ Sí ☐ No ☐					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐					
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐					
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐					
22.4 Anote 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 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio					
22.7.1 Tipo de vivienda 22.7.2 Nombre de la vivienda 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 Erick Modith Gutierrez Martinez					
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Mujer					
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique					
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 2565011					
27. NOMBRE Paul Hernandez Teller					
28. FIRMA					
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda Franco 29.2 Nombre de la vivienda San Juan de Guadalupe 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano San Luis Polanco 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono					
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 19 Mes 01 Año 2018					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO					
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad					