

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO

170653349

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, ASÍ COMO A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PRIVACIDAD.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			Margarita Sanchez Perez		
Nombre(s)			Primer Apellido		
Segundo Apellido					
2. FECHA DE NACIMIENTO			3. SEXO		
10/07/1938			Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2 Se ignora ☐ 9		
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			San Luis Potosi		
Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)					
5. CURP			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?		
			Se ignora ☐ 99 Si ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		
7. NACIONALIDAD			Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 → Especifique		
8. EMO 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			7 9 Se ignora ☐ 9		
8.1 Fecha del Certificado de Nacimiento:			8.2 Semanas de gestación:		
9. ESTADO CONYUGAL			Separado(a) ☐ 6 Viudo(a) ☒ 2 Casado(a) ☐ 5		
En unión libre ☐ 4 Divorciado(a) ☐ 3 Soltero(a) ☐ 1 Se ignora ☐ 9					
10. RESIDENCIA HABITUAL			Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		
16			calle Jaime Nuno		
10.1 Tipo de vialidad			10.2 Nombre de la vialidad		
10.3 Núm. Exterior			10.4 Núm. Interior		
79 2 4 1			Rascon		
10.5 Tipo de asentamiento humano			10.6 Nombre del asentamiento humano		
Cd. Valles			San. Luis Potosi		
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			11.1 La escolaridad seleccionada es:		
Ninguna ☐ 1 Preescolar ☐ 2 Primaria ☒ 3 Secundaria ☐ 5			Completa ☐ 1 Incompleta ☒ 2		
Bachillerato ☐ 7 Profesional ☐ 8 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 99			12. OCUPACIÓN HABITUAL		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			Hogar		
Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☐ 7 Otra ☐ 8			12.1 Trabajaba Si ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		
IMSS ☒ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS PROSPERA ☐ 10 Se ignora ☐ 99			13.1 Número de seguridad social o afiliación		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			Hospital Mediscin		
Seguimiento de ☐ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7			14.1 Nombre de la unidad médica		
IMSS PROSPERA ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8 Unidad médica privada ☒ 9			S P S M P 0 0 0 2 2 1		
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			Vía pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			Carretera federal Valles Tampico		
1000			15.1 Tipo de vialidad		
15.2 Nombre de la vialidad			15.3 Núm. Exterior		
Colonia			15.4 Núm. Interior		
San Angel 1			15.5 Tipo de asentamiento humano		
Ciudad			15.6 Nombre del asentamiento humano		
Valles			S.L.P.		
15.7 Código Postal			15.8 Localidad		
15.9 Municipio o delegación			15.10 Entidad federativa		
0 5 0 9 2 0			1 7		
0 5 3 5			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		
Día Mes Año Horas Minutos			Si ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		
18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA?			Si ☐ 1 No ☒ 2		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		
(Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)			Código CIE		
PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			24 hrs		
a) Insuficiencia Respiratoria Aguda			24 hrs		
Debido a (o como consecuencia de)			36 hrs		
b) Edema Pulmonar no cardiogenico			48 hrs		
Debido a (o como consecuencia de)			5 dias		
c) Septicemia			24 hrs		
Debido a (o como consecuencia de)					
d) Neumonía Atípica					
PARTE II: Otros factores patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o estado moribundo que la produjo					
Zika					
Falla Renal Aguda					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		
21.1 ¿Se confirmó si la muerte ocurrió durante:			Si ☐ 1 No ☐ 2		
El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3			21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5			Si ☐ 1 No ☐ 2		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
22.1 ¿Fue un presunto			22.5 Tipo de asentamiento humano		
Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9			22.6 Nombre del asentamiento humano		
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?			22.7 Tipo de vialidad		
Si ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9			22.8 Nombre de la vialidad		
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión			22.9 Municipio o delegación		
Vivienda particular ☐ 0 Área deportiva ☐ 3			22.10 Entidad federativa		
Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4					
Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicio ☐ 5					
22.5 A 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			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
Leticia Villasana Sanchez			hija		
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido					
25. CERTIFICADA POR			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico* ☒ 3			3635320		
Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil* ☐ 5 Otro* ☐ 8			Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE			28. FIRMA		
Mario Adolfo Huerta Aguilar					
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido					
29. DOMICILIO Y TELÉFONO					