

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

<b>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)</b> Francisco Rodriguez Amaro 991		
<b>2. FECHA DE NACIMIENTO</b> 04/10/1963	<b>3. SEXO</b> Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	<b>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO</b> San Luis Potosí
<b>5. CURP</b> ROAF631004HSPIDHBU3 Se ignora <input type="radio"/>		
<b>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</b> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
<b>7. NACIONALIDAD</b> Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
<b>8. EDAD CUMPLIDA</b> 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: 54 Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>		
<b>9. ESTADO CONYUGAL</b> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
<b>10. RESIDENCIA HABITUAL</b> Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): Calle 312 Fraccionamiento 10.1 Tipo de vivienda: 10.2 Nombre de la vivienda: San José 2. Sección 10.3 Núm. Exterior: 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: 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):		
<b>11. ESCOLARIDAD</b> Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2		
<b>12. OCUPACIÓN HABITUAL</b> Amade casa Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
<b>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b> Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 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: 41071209347 411600		
<b>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Zona # 50 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
<b>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> 15.1 Tipo de vivienda: 15.2 Nombre de la vivienda: 15.3 Núm. Exterior: 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: 15.6 Nombre del asentamiento humano: 15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: 15.9 Municipio o delegación: 15.10 Entidad federativa:		
<b>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN</b> 23/09/2018 10:09:05 Día Mes Año Horas Minutos		
<b>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</b> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
<b>18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA?</b> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
<b>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</b> (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) <u>Septicemia abdominal</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Perforación gástrica</u> b) <u>Perforación gástrica</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Tuberculosis meningea</u> c) <u>Tuberculosis meningea</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Tuberculosis pulmonar</u> d) <u>Tuberculosis pulmonar</u> 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 morbo que la produjo: <u>Infección renal crónica</u> <u>Diabetes Mellitus</u> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 8 días Código CIE: K659 6 días Código CIE: K631 35 días Código CIE: A151 35 días Código CIE: A151 10 años Código CIE: N184 20 años Código CIE: E149		
<b>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b> Código CIE: <u>K659</u>		
<b>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</b> 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/>		
<b>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?</b> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
<b>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?</b> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
<b>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</b> 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 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: <u>en caso 8</u> 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 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:		
<b>23. NOMBRE</b> Erika Judith Hernandez Rodriguez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
<b>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)</b> Hija		
<b>25. CERTIFICADA POR</b> Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 *Especifique: 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 6062001 Número de la cédula profesional 27. NOMBRE Rosa Elena Calderon Saldana Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 28. FIRMA 29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: 29.2 Nombre de la vivienda: 29.3 Núm. Exterior: 29.4 Núm. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: 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: 121301612101181 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año		

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

F-366

180645045