

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Francisco Rodriguez		Primer Apellido	Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO		10 4 10 1 76 31	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí			
5. CURP		ROAF631004H51D0103		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2		
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	Se ignora <input type="radio"/> 99		
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos			
Para menores de 28 días anote:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	8.4 Especifique			
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle	San Jose	10.2 Nombre de la vialidad			
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	Fraccionamiento		San Jose 21	10.6 Nombre del asentamiento humano			
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		Colonia		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL		
		Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2	Ampliación <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	41071204547 451150		
		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		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	Hospital General de Zon. # 50	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12		
		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	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		205	Avenida	Colonia	Tingamanga	Prado de San Vicente 1a	15.2 Nombre de la vialidad		
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	San Luis Potosí		San Luis Potosí	San Luis Potosí	15.6 Nombre del asentamiento humano		
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		23 05 2018 10 09 05	Día	Mes	Año	Horas	Minutos	17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
								Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)								Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Usa explícitamente el código CIE
PARTE I		a) Sepsis abdominal						8 días	1K659
		Debido a (o como consecuencia de)							
Causas antecedentes		b) Perforación gástrica						6 días	X631
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		c) Tuberculosis meningea						35 días	
		d) Tubercolosis pulmonar						35 días	A151
PARTE II		e) Insuficiencia renal crónica						10 años	N184
		f) Diabetes Mellitus						20 años	E149
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	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
		El parto o aborto		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		Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto accidente		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)		
		Accidente <input type="radio"/> 1		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3 (calle o carretera)			
		Homicidio <input type="radio"/> 2			Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.)	Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela)			
		Suicidio <input type="radio"/> 3		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Otro <input type="radio"/> 8 (oficina de servicio)			
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						Usa explícitamente el código CIE	
		enexo 8							
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		22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa			
23. NOMBRE		Erika Judith Hernandez Rodriguez		Primer Apellido		Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
		Nombre(s)							
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1		Médico legista <input type="radio"/> 2		Otro médico <input type="radio"/> 3		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
		Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Autoridad civil <input type="radio"/> 5		Otro <input type="radio"/> 8		6062001 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE		Boca Elena Calderon		Primer Apellido		Segundo Apellido		28. FIRMA	
		Nombre(s)							
28. DOMICILIO y TELÉFONO		Avend		Tingamanga		205		Calle	
		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior			
		29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano	
		San Luis Potosí		4441441111					
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		Día Mes Año		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
								12 30 16 20118	

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (AZUL) Y LA 2^a COPIA (ROSA) Y LA 3^a COPIA (GRIS) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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

F-366

180645045