



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

180645159

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Mu.dejesus		Vanegas	Hernandez						
		Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido						
2. FECHA DE NACIMIENTO		18061971		3. SEXO							
Día	Mes	Año	Hombre <input type="radio"/> 1	Mujer <input checked="" type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9						
5. CURP		VAHJ710718MSPNRS08		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?							
				Sí <input type="radio"/> 1	No <input checked="" 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						
		Minutos	Horas	Días	Meses						
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):							
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:											
10. RESIDENCIA HABITUAL		Calle		9. ESTADO CONYUGAL							
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad		Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2						
200		10.2 Nombre de la vialidad		Casado(a) <input type="radio"/> 5	Se ignora <input type="radio"/> 9						
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano							
				10.6 Nombre del asentamiento humano							
Huizachillo		Mexquitic de carmona		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:		12. OCUPACIÓN HABITUAL							
Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input checked="" type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	Amade casa.							
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2						
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	14.1 Nombre de la unidad médica						
		IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)						
		SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación						
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad							
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1		IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	Rivat Guillen							
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2		ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	15.3 Núm. Exterior							
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano							
1112		Colonia		Soledad Graciano Sanchez Soledad Graciano Sanchez San Luis potosi							
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación							
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		15.10 Entidad federativa		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?							
21072018 1257		Día	Mes	Año	Horas	Minutos	Sí <input checked="" type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19.1 Causa de la defunción		19.2 Causa de la defunción		19.3 Causa de la defunción		19.4 Causa de la defunción	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Sí <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2		Se ignora <input type="radio"/> 9		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
a) Choque septicó		Debido a (o como consecuencia de)						72 hrs			
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) meningitis bacteriana		Debido a (o como consecuencia de)				72 hrs			
c)		Debido a (o como consecuencia de)									
d)		Hipopitoidismo						7 años			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo											
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?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		21.4 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		21.5 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Usa exclusivo del personal codificador Código CIE	
El embarazo <input type="radio"/> 1		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	21.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio							
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)					
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1		Si <input type="radio"/> 1		Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área industrial <input type="radio"/> 6						
Homicidio <input type="radio"/> 2		No <input type="radio"/> 2		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Área deportiva <input type="radio"/> 3						
Suicidio <input type="radio"/> 3		Se ignora <input type="radio"/> 9		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4						
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:				Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5						
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo 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		Salomon Lozano		vanega)		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Hijo					
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1		Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico* <input checked="" 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	*Especifique	5004562					
Número de la cédula profesional											
27. NOMBRE		Jose Daniel Robles		Gonzalez		28. FIRMA					
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido							
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Prolongación Valentin Amador		1112		29.5 Tipo de asentamiento humano					
29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior					
Rivas Guillen		Soledad Graciano Sanchez		29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal					
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.9 FECHA DE CERTIFICACIÓN					
Soledad Graciano Sanchez		Prolongación Valentin Amador									
29.9 FECHA DE CERTIFICACIÓN											

Pd. 151761
or P. 49726