

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCION

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Ma. de Jesus</b> <b>Vanegas</b> <b>Hernandez</b>		2. FECHA DE NACIMIENTO <b>18061971</b>		3. SEXO <input type="radio"/> Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>San Luis Potosi</b>	
5. CURP <b>VAHJ710718MSPNRS08</b>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique		8. EDAD CUMPLIDA <b>047</b>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL <input type="radio"/> Separado(a) <input checked="" type="radio"/> Viudo(a) <input 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"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL <b>Calle E U Frates</b>		10.1 Tipo de vialidad <b>200</b>		10.2 Nombre de la vialidad		10.3 Núm. Exterior <b>10.4 Núm. Interior</b>	
10.5 Tipo de asentamiento humano <b>Huizachillos</b>		10.6 Nombre del asentamiento humano <b>Mexquitic de Carmona</b>		10.7 Código Postal <b>2418023335</b>		10.8 Localidad <b>San Luis Potosi</b>	
11. ESCOLARIDAD <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>Amo de casa</b>		12.1 Trabajaba <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <input checked="" type="radio"/> Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		14.3 Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>Prolongación Valentín Amador</b>		15.1 Tipo de vialidad <b>1112</b>	
15.2 Nombre de la vialidad <b>Colonía Rivas Guillen</b>		15.3 Núm. Exterior <b>15.4 Núm. Interior</b>		15.5 Tipo de asentamiento humano <b>Soledad Graciana Sanchez</b>		15.6 Nombre del asentamiento humano <b>Bledad Graciana Sanchez</b>	
15.7 Código Postal <b>2418023335</b>		15.8 Localidad <b>San Luis Potosi</b>		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>21072018 1257</b>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>		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) <b>Choque Septico</b>		Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>72 hrs</b>	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) <b>meningitis bacteriana</b>		Debido a (o como consecuencia de)		72 hrs	
c) <b>Hipotiroidismo</b>		Debido a (o como consecuencia de)		7 años		Código CIE	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		d) <b>Hipotiroidismo</b>		Debido a (o como consecuencia de)		Código CIE	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: <input type="radio"/> 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 type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto <input type="radio"/> 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? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión <input type="radio"/> Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		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 vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad		22.7.3 Núm. Exterior <b>22.7.4 Núm. Interior</b>	
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 <b>Salomon</b> <b>Lozano</b> <b>vanegas</b>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Hijo</b>	
25. CERTIFICADA POR <input type="radio"/> Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>5004562</b>		26.1 Número de la cédula profesional		27. NOMBRE <b>Jose Daniel</b> <b>Robles</b> <b>Gonzalez</b>	
27.1 Tipo de vialidad <b>Prolongación Valentín Amador</b>		27.2 Nombre de la vialidad <b>1112</b>		27.3 Núm. Exterior <b>27.4 Núm. Interior</b>		27.5 Tipo de asentamiento humano <b>Colonía</b>	
27.6 Nombre del asentamiento humano <b>Soledad Graciana Sanchez</b>		27.7 Código Postal		27.8 Localidad		27.9 Municipio o delegación	
27.10 Entidad federativa		28. FIRMA <b>[Firma]</b>		29. DOMICILIO y TELÉFONO <b>Prolongación Valentín Amador</b>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	



Ad. 151761

exp. 49726