



1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) ANGELA Nombre(s)		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se <input type="radio"/> 9 ignora		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSÍ Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 04 09 2017		10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 797013		10.5 Tipo de asentamiento humano EL 10.8 Localidad SANTA CAYATANA		10.6 Nombre del asentamiento humano SAN LUIS POTOSÍ	
5. CURP DUMLA170904MSPRRNA1		8. EDAD 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		11.1 La escolaridad seleccionada es: Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) CALLE ZARAGOZA		10.1 Tipo de vitalidad		10.2 Nombre de la vitalidad		13.1 Número de seguridad social o afiliación 2477047296	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		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 IMSS <input 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		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 Unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica HOSPITAL GENERAL DE ROVERUE 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 512951A0000141		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN S/N 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano ROVERUE 15.6 Nombre del asentamiento humano CENTRO	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos 24 09 2017 2 00		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) a) DEBIDO A (o como consecuencia de) LESIÓN PARACION SEVERA b) DEBIDO A (o como consecuencia de) GASTROENTERITO INFECCIOSO c) DEBIDO A (o como consecuencia de) FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE d) DEBIDO A (o como consecuencia de) CARDIOFATIA CONGENITA AGIANGEMA		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		21. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <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 Código CIE	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: 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 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 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		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con ella: fallido(a) <input type="radio"/> 6 (alquiler, fábrica u obra) Granje <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela) Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.1 Tipo de vitalidad	
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.7 Código Postal		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre de la vitalidad		22.7.2 Nombre de la vitalidad	
22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa		22.7.11 Entidad federativa	
23. NOMBRE JUAN Nombre(s) DURAN Primer Apellido MARTINEZ Segundo Apellido HERMANA		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input 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 MIGUEL DE LOS SANTOS VIRAMONTES Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 29. DOMICILIO Y TELÉFONO CALLE GAMA esq. CARRETERA SAN CITO S/N 29.1 Tipo de vitalidad 29.2 Nombre de la vitalidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 707152 Número de la cédula profesional FIRMA	
29.6 Nombre del asentamiento humano CENTRO		29.7 Código Postal SAN LUIS POTOSÍ		29.8 Localidad ROVERUE		29.9 Municipio o delegación SAN LUIS POTOSÍ	
29.9 Municipio o delegación		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año 24 09 2017		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. Libro Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o delegación 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año	

180653284

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN  
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

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD