

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		FIDENCIA		SANCHEZ		HERNANDEZ	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		04 05 1972		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se Ignora <input type="radio"/>		San Luis Potosí		24	
5. CURP		SAHF720504MSPNRD05		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
Se Ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se Ignora <input type="radio"/> 99		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2		Se Ignora <input type="radio"/> 99	
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	
						45 Se Ignora <input type="radio"/> 99	
Para menores de 28 días anote:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad	
29						Francisco I. Madero	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
				Chilacuil		Tamaulipas	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación		San Luis Potosí	
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8		Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10		Secundaria <input type="radio"/> 5 Se Ignora <input type="radio"/> 99	
						Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
11.1 La escolaridad seleccionada es:						12. OCUPACIÓN HABITUAL	
12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2						Hogar	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6		Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7		Otra <input type="radio"/> 8 Se Ignora <input type="radio"/> 99	
						2412044255-1	
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		14.1 Nombre de la unidad médica	
						Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se Ignora <input type="radio"/> 99	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)							
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		29		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad	
						Francisco I. Madero	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
				Chilacuil		Tamaulipas	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		12 9 01 2018 17:00		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día Mes Año Horas Minutos				Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se Ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		PARTE I		17.1 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		18.1 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
a) Infarto agudo al miocardio		Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		1 min.	
b) Cetoacidosis diabética		Debido a (o como consecuencia de)		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		1 dia	
c) Insuficiencia renal crónica		Debido a (o como consecuencia de)		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		9 meses	
d) Diabetes Mellitus		Debido a (o como consecuencia de)		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		5 años	
PARTE II		Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo		17.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		18.2 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3		El parto <input type="radio"/> 1 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4							
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se Ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 1 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 2		Área industrial <input type="radio"/> 6 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se Ignora <input type="radio"/> 9	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		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		22.7.1 Tipo de vialidad	
SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se Ignora <input type="radio"/> 9						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		Prisciliano Martínez Antonio		Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)		Primer Apellido				Esposo	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otra* <input type="radio"/> 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
ANTE		Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		*Especifique		Número de la cédula profesional 2649531	
DEL INF.							