

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

| DEL FALLECIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| FALLECIDO(A) <u>Fuera</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Nombre(s) <u>Fuera</u> Primer Apellido <u>Fuera</u> Segundo Apellido <u>Fuera</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO <u>10/11/1981</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| 3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 5. CURP <u>HEH116601105MSP188109</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| 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 <u>30</u> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle</u> 10.1 Tipo de Vialidad <u>Carretera</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 10.3 Núm. Exterior <u>40</u> 10.4 Núm. Interior <u>1</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbanización</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Urbanización</u> 10.7 Código Postal <u>24097</u> 10.8 Localidad <u>Puebla</u> 10.9 Municipio o delegación <u>Puebla</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| 11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" 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: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Nombre de la ocupación <u>Trabajador</u> 12.3 Número de seguridad social o afiliación <u>2409765412</u>                                                                                                                                             |  |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 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 <u>Unidad médica privada</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>2409765412</u> 14.3 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 14.4 Tipo de asentamiento humano <u>Urbanización</u> 14.5 Nombre del asentamiento humano <u>Urbanización</u> 14.6 Código Postal <u>24097</u> 14.7 Localidad <u>Puebla</u> 14.8 Municipio o delegación <u>Puebla</u> 14.9 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>                |  |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 15.3 Núm. Exterior <u>40</u> 15.4 Núm. Interior <u>1</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbanización</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Urbanización</u> 15.7 Código Postal <u>24097</u> 15.8 Localidad <u>Puebla</u> 15.9 Municipio o delegación <u>Puebla</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>13/07/2011</u> 16.1 Día <u>13</u> 16.2 Mes <u>07</u> 16.3 Año <u>2011</u> 16.4 Horas <u>10</u> 16.5 Minutos <u>00</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) <u>Tránsito Arterial del Miocardio</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| b) <u>Tránsito Arterial</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| c) <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| d) <u>Síndrome de Derrame Cerebral</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>20</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| 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"/> 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 checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto 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? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>20</u> |  |
| 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>20</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| 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 <u>Carretera</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>40</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>1</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbanización</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Urbanización</u> 22.7.7 Código Postal <u>24097</u> 22.7.8 Localidad <u>Puebla</u> 22.7.9 Municipio o delegación <u>Puebla</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| 23. NOMBRE <u>Fuera</u> Nombre(s) <u>Fuera</u> Primer Apellido <u>Fuera</u> Segundo Apellido <u>Fuera</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>2835028</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>2835028</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 27. NOMBRE <u>Fuera</u> Nombre(s) <u>Fuera</u> Primer Apellido <u>Fuera</u> Segundo Apellido <u>Fuera</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| 28. FIRMA <u>Fuera</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| 29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de Vialidad <u>Carretera</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 29.3 Núm. Exterior <u>40</u> 29.4 Núm. Interior <u>1</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbanización</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Urbanización</u> 29.7 Código Postal <u>24097</u> 29.8 Localidad <u>Puebla</u> 29.9 Municipio o delegación <u>Puebla</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>13/07/2011</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |