



180656751

| FALLECIDO(A)  |  | Nombre(s)  |  | Primer Apellido  |  | Segundo Apellido  |  |
|---|--|--|--|--|--|---|--|
| 2. FECHA DE NACIMIENTO  |  | 20041958   |  | 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  |  | Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)                 |  |
| 5. CURP   |  | MAUA58101420HS PRUB01  |  | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?  |  | 7. NACIONALIDAD   |  |
| Se ignora <input type="radio"/> 99  |  | Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |  | Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1  |  | Se ignora <input type="radio"/> 9                                     |  |
| 8. EDAD CUMPLIDA  |  | Para menores de una hora   |  | Para menores de un día   |  | Para menores de un mes  |  |
| Minutos   |  | Horas  |  | Días   |  | Para menores de un año  |  |
| Meses   |  | Años cumplidos   |  | 058  |  | Se ignora <input type="radio"/> 9                                     |  |
| Para menores de 28 días anote:  |  | 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:   |  | 8.2 Semanas de gestación:  |  | 8.3 Peso (gramos):  |  |
| 9. ESTADO CONYUGAL  |  | Separado(a) <input type="radio"/> 6  |  | Viudo(a) <input type="radio"/> 2   |  | Casado(a) <input type="radio"/> 5                                     |  |
| En unión libre <input type="radio"/> 4  |  | Divorciado(a) <input type="radio"/> 3  |  | Soltero(a) <input type="radio"/> 1   |  | Se ignora <input type="radio"/> 9                                     |  |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL   |  | Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)   |  | Calle  |  | El Jobo   |  |
| 06  |  | 10.1 Tipo de vialidad  |  | 10.2 Nombre de la vialidad   |  |   |  |
| 10.3 Núm. Exterior  |  | 10.4 Núm. Interior   |  | 10.5 Tipo de asentamiento humano   |  | 10.6 Nombre del asentamiento humano                                   |  |
| 10.7 Código Postal  |  | Ampliación Temalacaco  |  | Tampacan   |  | San Luis Potosí   |  |
| 10.8 Localidad  |  | 10.9 Municipio o delegación  |  | 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)                                      |  |   |  |
| 11. ESCOLARIDAD   |  | Ninguna <input type="radio"/> 1  |  | Preescolar <input type="radio"/> 12  |  | Primaria <input checked="" type="radio"/> 3                           |  |
| Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7                           |  | Profesional <input type="radio"/> 8  |  | Posgrado <input type="radio"/> 10  |  | Se ignora <input type="radio"/> 99                                    |  |
| 11.1 La escolaridad seleccionada es:  |  | Completa <input type="radio"/> 1   |  | Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2  |  | 12. OCUPACIÓN HABITUAL  |  |
| 12.1 Trabajaba  |  | Si <input checked="" 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  |  |
| IMSS <input checked="" 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  |  | 13.1 Número de seguridad social o afiliación   |  | 2410855477   |  |   |  |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN  |  | Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1  |  | IMSS <input type="radio"/> 3   |  | PEMEX <input type="radio"/> 5   |  |
| IMSS PROSPERA <input checked="" type="radio"/> 2                              |  | ISSSTE <input type="radio"/> 4   |  | SEDENA <input type="radio"/> 6   |  | Otra unidad pública <input type="radio"/> 8                           |  |
| Unidad médica privada <input type="radio"/> 9                                 |  | 14.1 Nombre de la unidad médica  |  | HLP 16   |  | Vía pública <input type="radio"/> 10                                  |  |
| 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)                         |  | 14.3 Nombre de la vialidad   |  | 14.4 Nombre del asentamiento humano  |  | 14.5 Nombre del asentamiento humano                                   |  |
| Calle   |  | Libramiento al COBACH  |  | Santa María 2  |  | Axtla de Terrazas   |  |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN                                      |  | 15.1 Tipo de vialidad  |  | 15.2 Nombre de la vialidad   |  | 15.3 Núm. Exterior  |  |
| 136   |  | Cobania  |  | Santa María 2  |  | 15.4 Núm. Interior  |  |
| 15.5 Tipo de asentamiento humano  |  | 15.6 Nombre del asentamiento humano  |  | 15.7 Código Postal   |  | 15.8 Localidad  |  |
| Axtla de Terrazas   |  | San Luis Potosí  |  | 15.9 Municipio o delegación  |  | 15.10 Entidad federativa  |  |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN  |  | Día Mes Año  |  | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?                       |  | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?   |  |
| 14022018  |  | 2235   |  | Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 |  | Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2      |  |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN  |  | (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)                                 |  | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte                                  |  | Uso exclusivo del personal codificador                                |  |
| PARTE I   |  | Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente  |  | 6 meses  |  | Código CIE  |  |
| a) Tuberculosis Pulmonar  |  | Debido a (o como consecuencia de)  |  | 1 año  |  |   |  |
| b) Neumopatía obstructiva crónica   |  | Debido a (o como consecuencia de)  |  |  |  |   |  |
| c) Síndrome con sustitución   |  | Debido a (o como consecuencia de)  |  |  |  |   |  |
| d) Síndrome con sustitución   |  | Debido a (o como consecuencia de)  |  |  |  |   |  |
| PARTE II  |  | Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo |  | 1 año  |  |   |  |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS                   |  | 21.1 Especificar 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   |  | Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2                 |  |
| 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   |  | Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2  |  | Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2                 |  |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE                       |  | 22.1 Fue un presunto   |  | 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?   |  | 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión                                    |  |
| Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2           |  | Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9   |  | Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9            |  | Vivienda particular <input type="radio"/> 0                           |  |
| 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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio       |  | 22.8 Tipo de vialidad   |  |
| 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   |  | 24. PARENTESCO CON EL (LA) FALLECIDO(A)                               |  |
| Julia   |  | Antonio  |  | Hernandez  |  | Esposa.   |  |
| 25. CERTIFICADA POR   |  | Médico tratante <input type="radio"/> 1  |  | Médico legista <input type="radio"/> 2   |  | Otro médico <input checked="" 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  |  |
| 27. NOMBRE  |  | 29. DOMICILIO y TELÉFONO   |  | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO   |  | 28. FIRMA   |  |
| Maria Guadalupe Ramirez Perez   |  | Calle  |  | 7800836  |  | Gale  |  |
| Primer Apellido   |  | 29.1 Tipo de vialidad  |  | Número de la cédula profesional  |  | 29.2 Nombre de la vialidad  |  |
| Segundo Apellido  |  | Libramiento al COBACH  |  | 136  |  | 29.3 Núm. Exterior  |  |
| 29.4 Núm. Interior  |  | 29.5 Tipo de asentamiento humano   |  | 29.6 Nombre del asentamiento humano  |  | 29.7 Código Postal  |  |
| Cobania   |  | Axtla de Terrazas  |  | San Luis Potosí  |  | 29.8 Localidad  |  |
| 29.9 Municipio o delegación   |  | 29.10 Entidad federativa   |  | 29.11 Teléfono   |  | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN  |  |
| Tampacan  |  | San Luis Potosí  |  | 2410222018   |  | Día Mes Año   |  |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO                       |  | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO  |  | 33.1 Localidad   |  | 33.2 Municipio o delegación   |  |
| Núm. Libro Núm.   |  | Tampacan   |  | Tampacan   |  | 33.3 Entidad federativa   |  |
| 33.1 Acta Núm.  |  | 33.2 Municipio o delegación  |  | 33.3 Entidad federativa  |  | 33.4 Día Mes Año  |  |
| 00025   |  | Tampacan   |  | San Luis Potosí  |  | 2410222018  |  |