

FALLECIDO(A)		Nombre(s)	Primer Apellido	Villegas	
2. FECHA DE NACIMIENTO 2004-11-19 58		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	Segundo Apellido	
5. CURP MAUVA580420H5P1RUP01		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> →	Se ignora <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
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 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 Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle		81 Jumbo	
10.3 Núm. Exterior 06		10.4 Núm. Interior Ampliación Temascalaco		10.5 Tipo de asentamiento humano Tampacan	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 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 Campesino	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" 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		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 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica HPP 16		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 136		15.1 Tipo de vialidad Cobina		15.2 Nombre de la vialidad Libramiento al COBACH	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano Santa María 2	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación Axtla de Terrazas	
15.10 Entidad federativa San Luis Potosí					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 14 02 2018 18 22 23 51		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? 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.)		19.1 PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Tuberculosis pulmonar Debido a (o como consecuencia de)			
		19.2 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) Neumogatia obstructiva Crónica Debido a (o como consecuencia de)			
		19.3 c) d) Debido a (o como consecuencia de)			
19.4 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		19.5 Sindrome con sntivo			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		19.6 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 6 meses			
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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
21.4 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		21.5 Uso exclusivo del personal codificador			
21.6		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 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		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.4 Área Industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra) Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela) Otro <input type="radio"/> 8		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 Hospital de Zona No. 16	
22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación	
22.7.10 Entidad federativa					
23. NOMBRE Julia		Primer Apellido Antonio		24. PARENTESCO CON E.L (LA) FALLECIDO(A) Esposa.	
Nombre(s)		Segundo Apellido Hernandez			
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		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 7800836 Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE Maria Guadalupe Ramirez Perez		28. FIRMA GJL			
Nombre(s)		Primer Apellido Segundo Apellido			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle Santa María 2		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad	
29.6 Nombre del asentamiento humano Axtla de Terrazas		29.7 Código Postal		29.8 Localidad	
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa San Luis Potosí		29.11 Teléfono	
31.1 Acta Núm. 00025		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 10 05 2011			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. 01 Libro Núm. 05		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Tampacan			
32.1 Localidad Tampacan 0381		32.2 Municipio o delegación SLP			
32.3 Entidad federativa		32.4 Día Mes Año 24 05 2011			
32.5					