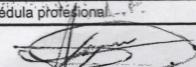


FALLECIDO(A)		Ma. Virginia		Antonio		Santiago			
		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		19101970		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		San Luis Potosí		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		A00AC041120HSPNNRA4		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
		Se ignora <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Se ignora <input type="radio"/>			
8. EDAD		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	1417 Se ignora <input type="radio"/>		
CUMPLIDA		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos			
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)		Calle		Los Tigres			
				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			
				Negropiloja		Matlapa			
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
				San Luis Potosí					
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input 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"/>		Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2		11.1 La escolaridad seleccionada es:			
						12. OCUPACIÓN HABITUAL			
						12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 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"/>		2407598543-1		13.1 Número de seguridad social o afiliación			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		Hospital Rural 44		14.1 Nombre de la unidad médica			
						14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Carretera Kilómetro 3		San Martín		15.2 Nombre de la vialidad			
		15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano			
		79960		Tamaulipas		15.6 Nombre del asentamiento humano			
		15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación			
						15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		25 Día	06 Mes	2018 Año	21 Horas	145 Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		
							Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/>		
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.)		PARTE I		19.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		19.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		19.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
		Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
		Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		a) Choque Septico		Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
				b) Hepatopatia		Debido a (o como consecuencia de)		7 horas	
				c) Diabetes mellitus 2		Debido a (o como consecuencia de)		meses	
				d) Hipertensión arterial sistémica		Debido a (o como consecuencia de)		años	
PARTE II		Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo						años	
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?		21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
		El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Usa exclusivo del personal codificador 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?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9				Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9			
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		MS					
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					
		22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
		1		1		22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad	
						22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE		Jorge		Antonio		Antonio		24. PARENTESCO CON EL(EA) FALLECIDO(A)	
		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
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		Medico residente <input type="radio"/> *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		6727615 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE		Jacmin Cruz		Delgadillo		28. FIRMA			
		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Carretera		San Martín		RM3			
		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior	
		29.6 Nombre del asentamiento humano		79960		Tamaulipas		29.5 Tipo de asentamiento humano	
		29.9 Municipio o delegación		29.7 Código Postal		29.8 Localidad			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		25062018		29.10 Entidad federativa		4833630397		29.11 Teléfono	
		Día Mes Año							
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		Núm. 01 Libro Núm. 05 Acta Núm. 301		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		Tamaulipas		32.1 Localidad	
						Tamaulipas		32.2 Municipio o delegación	
						Santiago		32.3 Entidad federativa	
								32.4 Día Mes Año	