

DE FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Abraham	Nombre(s)	Primer Apellido Hernández	Segundo Apellido	
DE LA DEFUNCIÓN		2. FECHA DE NACIMIENTO 08/11/1957	3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
DE MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		5. CURP H6XIA571108HSPIRXB01	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2	Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
DEL CERTIFICANTE		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
DE LA DEFUNCIÓN		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> 4	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>Galle</b>	10.1 Tipo de vialidad Colonia	10.2 Nombre de la vialidad Emiliano Zapata	
DE LA DEFUNCIÓN		10.3 Núm. Exterior 244	10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano Colonia	10.6 Nombre del asentamiento humano Emiliano Zapata		
DE LA DEFUNCIÓN		10.7 Código Postal 79960	10.8 Localidad Tamazunchale	10.9 Municipio o delegación Tamazunchale	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) San Luis Potosí	
DE LA DEFUNCIÓN		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input checked="" type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> 1 Incompleta <input checked="" type="checkbox"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL Albañil	12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
DE LA DEFUNCIÓN		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Otra unidad médica pública <input type="checkbox"/> 8 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12 Hogar <input checked="" type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
DE LA DEFUNCIÓN		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 244	15.1 Tipo de vialidad 79960	15.2 Nombre de la vialidad Tamazunchale		
DE LA DEFUNCIÓN		15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa San Luis Potosí	15.5 Tipo de asentamiento humano Tamazunchale	15.6 Nombre del asentamiento humano Emiliano Zapata		
DE LA DEFUNCIÓN		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 09/08/2018 18:11:00	16.1 Día 16.2 Mes 16.3 Año 16.4 Horas 16.5 Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2	
DE LA DEFUNCIÓN		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) <b>Choque séptico</b> Debido a (o como consecuencia de)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 días	USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL CODIFICADOR Código CIE A41.9	
DE LA DEFUNCIÓN		Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) <b>Neumonía Adquirida en la Comunidad</b> Debido a (o como consecuencia de)	19 días	J18.9	
DE LA DEFUNCIÓN		c) <b>Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida.</b> Debido a (o como consecuencia de)	d) <b>Enfermedad por Virus de la inmunodeficiencia humana</b> Debido a (o como consecuencia de)	1 mes	B24	
DE LA DEFUNCIÓN		20.1 SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 20.1.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL CODIFICADOR Código CIE	
DE LA DEFUNCIÓN		20.2 SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 20.2.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 Escuela u oficina <input type="checkbox"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="checkbox"/> 6 pública <input type="checkbox"/> 3 Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) IMSS		
DE LA DEFUNCIÓN		20.3 CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: H.R. No. 44 ZACATLÁN, SLP	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		
DE LA DEFUNCIÓN		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad 22.7.2 Núm. Exterior 22.7.3 Núm. Interior 22.7.7 Código Postal	22.7.4 Nombre de la vialidad 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.10 Entidad federativa			
DE LA DEFUNCIÓN		23. NOMBRE Nombre(s)	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Primer Apellido Segundo Apellido			
DE LA DEFUNCIÓN		25. CERTIFICADO POR Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="checkbox"/> 3 <b>Médico Salud Pública</b> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5 Otro* <input type="checkbox"/> 8 *Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 6123982 Número de la cédula profesional			
DE LA DEFUNCIÓN		27. NOMBRE Nombre(s)	28. FIRMA			
DE LA DEFUNCIÓN		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 10/08/2018 Día Mes Año			