

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

***SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN**

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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

**MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS**

	DEL FALLECIDO						
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Graciela Villanueva Estrada Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido							
2. FECHA DE NACIMIENTO 19/07/1954 Día Mes Año						3. SEXO Hombre [] Mujer [x] Se ignora []	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)							
5. CURP GRI540719SIY						6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No [x] Se ignora []	
7. NACIONALIDAD Mexicana [x] Otra [] Especificar _____ Se ignora []							
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para personas de un año o más Años cumplidos 01/04 Para menores de 28 días ante: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):						9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) [] Viudo(a) [] Casado(a) [] En unión libre [] Divorciado(a) [] Soltero(a) [x] Se ignora []	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivió el fallecido (a) Emilio Zepeda 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 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)							
11. ESCOLARIDAD Ninguna [] Preescolar [] Primaria [x] Secundaria [] Bachillerato o preparatoria [] Profesional [] Posgrado [] Se ignora [] La escolaridad seleccionada es: Completa [x] Incompleta []						12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora [] 12.1 Trabajaba Sí [] No [x] Se ignora []	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna [] ISSSTE [] SEDENA [] Seguro Popular [x] Otra [] IMSS [] PEMEX [] SEMAR [] IMSS PROSPERA [] Se ignora [] 13.1 Número de seguridad social o afiliación							
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud [x] IMSS [] PEMEX [] SEMAR [] Hospital General Rio Verde Vía pública [x] Otro lugar [] IMSS PROSPERA [] ISSSTE [] SEDENA [] Otra unidad pública [] Unidad médica privada [] 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Hogar [] Se ignora []							
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle 60 y Carretera a San Luis Potosí 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 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 30/11/2018 12:00 Día Mes Año Horas Minutos						17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No [x] Sí [] Se ignora []	
18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? No [x] Sí []							
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTI I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Choque Séptico Devido a (o como consecuencia de) diarrea b) Falla Orgánica Múltiple Devido a (o como consecuencia de) diarrea c) Sepsis respiratoria Devido a (o como consecuencia de) diarrea d) Neumonia atípica intestinal Devido a (o como consecuencia de) diarrea PARTI II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo							
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo [] El parto [] El puerperio [x] 43 días a 11 meses después del parto o aborto [] No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte [] 21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? No [x] Sí [] 21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? No [x] Sí []							
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente [x] Homicidio [] Suicidio [] Se ignora [] 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? No [x] Sí [] Se ignora [] 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular [] Área deportiva [] Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) [] Calle o carretera (vía pública) [] Escuela u oficina pública [] Área comercial o de servicio [] 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 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 Gabriel Michelle Aguilar Bustamante Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Nuera							
25. CERTIFICADA POR Médico tratante [] Médico legista [] Otro médico* [x] 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO							



59622