

Modelo 2017.1

FOLIO 10

19

[The page contains dense, illegible handwritten text.]

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) JOSEFINA BENAVIDES MORALES 356-2

2. FECHA DE NACIMIENTO 10/11/2019 3. SEXO Hombre ☐1 Mujer ☒2 Se ignora ☐9 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSI

5. CURP ELM151311209MS PNR S104 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si ☒1 No ☐2 Se ignora ☐9 7. NACIONALIDAD Mexicana ☒1 Se ignora ☐2

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 65 Se ignora ☐9

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐6 Viudo(a) ☐2 Casado(a) ☐3 Soltero(a) ☒1 Se ignora ☐9

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) AVENIDA MAYILA 10.1 Tipo de vivienda RANCHO 10.2 Nombre de la vivienda MAYILA

10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal MAYILA 10.8 Localidad COXCATLAN 10.9 Municipio o delegación SAN LUIS POTOSI 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐1 Preescolar ☐12 Primaria ☒3 Secundaria ☐5 Bachillerato o preparatoria ☐7 Profesional ☐8 Posgrado ☐10 Se ignora ☐99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐1 Incompleta ☒2 12. OCUPACION HABITUAL 12.1 Trabajaba Si ☐1 No ☒2 Se ignora ☐99

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐1 ISSSTE ☐3 SEDENA ☐5 Seguro Popular ☒6 Otra ☐8 IMSS ☐2 PEMEX ☐4 SEMAR ☐6 IMSS PROSPERA ☐10 Se ignora ☐99 13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒1 IMSS ☐3 PEMEX ☐5 SEMAR ☐7 Unidad médica pública ☐8 Unidad médica privada ☐9 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.3 Tipo de establecimiento de salud

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda CARRETERA 15.2 Nombre de la vivienda MEXICO-CARRETERA

15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal CD VALLES 15.8 Localidad CD VALLES 15.9 Municipio o delegación SAN LUIS POTOSI 15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10/05/2019 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒1 No ☐2 Se ignora ☐99 18. ¿SE PRATICÓ NECROPSI? Si ☐1 No ☒2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA TIPO II Debido a (o como consecuencia de) TOBACORAX

b) SECUELAS DE TUBERCULOSIS PULMONAR Debido a (o como consecuencia de)

c) INSUFICIENCIA CARDIACA GLOBAL 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

HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE I10

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐1 El parto ☐2 El puerperio ☐3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒5

21.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐1 No ☒2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐1 No ☒2

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐1 Homicidio ☐2 Suicidio ☐3 Se ignora ☐9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐1 No ☒2 Se ignora ☐9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐0 Área deportiva (taller, fábrica u obra) ☐6 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐1 Calle, carretera (vía pública) ☐7 Escuela u oficina pública ☐2 Área comercial ☐8 Otro ☐9 Se ignora ☐99

22.4 ¿Qué se estaba haciendo cuando ocurrió la lesión? (Anote la actividad que tenía el presunto accidente o homicidio) Trabajando en el campo

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 1509

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 110

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda 22.7.2 Nombre de la vivienda 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 RECTOR SALAZAR BENAVIDES 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) HIJO

25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☒1 Médico legista ☐2 Otro médico* ☐3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐4 Autoridad civil* ☐5 Otro* ☐8 *Especifique 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 26.1 Número de la cédula profesional 9224260 28. FIRMA [Firma]

27. NOMBRE ADRIAN DENIS HERNANDEZ VERA MONTE 29. DOMICILIO y TELÉFONO CARRETERA MEXICO-CARRETERA 29.1 Tipo de vivienda CD VALLES 29.2 Nombre de la vivienda CD VALLES 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano CD VALLES 29.6 Nombre del asentamiento humano CD VALLES 29.7 Código Postal SAN LUIS POTOSI 29.8 Localidad SAN LUIS POTOSI 29.9 Municipio o delegación SAN LUIS POTOSI 29.10 Entidad federativa SAN LUIS POTOSI 29.11 Teléfono 1111111111

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 10/05/2019

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad