

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS POSSEDEDORES EN PARTICULAR

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS

200623799

EL CERTIFICANTE

-REG.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Silvia Davila Flores	Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
	2. FECHA DE NACIMIENTO	13 11 21 1968	3. SEXO, Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí
	Dia Mes Año		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP	DIAFISGEGI231MSPIVLL08	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique
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
					0 5 1 Se ignora <input type="radio"/> 9
	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 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input checked="" 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)	Prolongación	Guerrero	10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad
		Barrio de	La Trinidad		La Trinidad
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano.		
111415160	La Trinidad	Santa María del Río	Se L. P.	10.7 Código Postal	10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía
10.10 Entidad federativa o país (si residía 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:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Hogar	Se ignora <input type="radio"/> 99
12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input 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			
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"/> 9 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica	Hospital General Soledad	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Avenida Colonia	15.1 Tipo de vialidad	Valentín Amador Genovevo Rivas Guillén	15.2 Nombre de la vialidad	15.6 Nombre del asentamiento humano
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa	Se L. P.
17184436	Soleácd Graciano Sánchez Soledad Graciano S.	15.7 Código Postal	15.8 Localidad		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	01 07 06 2020 10 41 30	16.1 Dia Mes Año Horas Minutos	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.)					Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Neumonía por COVID-19 Debido a (o como consecuencia de)				33 días
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Debido a (o como consecuencia de)				
	c) Debido a (o como consecuencia de)				
	d)				
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo	Comunicación Interventricular amplia Diabetes Mellitus Tipo 2				51 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?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5				
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión				22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
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	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	(taller, fábrica u obra) (rancho o parcela) Otro <input type="radio"/> 8	Área Industrial <input type="radio"/> 6 Granja <input type="radio"/> 7 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				
22.5 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		
1112					
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía	22.7.10 Entidad federativa		
Jessica	Davila	Flores	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Hija		
25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Personas autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8	3207093 Número de la cédula profesional 4/				
	*Especifique				
27. NOMBRE	Erika Alicia Dominguez	Yerena	28. FIRMA		
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido			
29. DOMICILIO y TELÉFONO	Prolongación Ventín Amador	1112	Colonia.		
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	29.11 Teléfono		
Colonia Graciano Sánchez	SLP.	Soleácd Graciano S.			
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
				07 06 2020	
REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			
Núm. Libro Núm.		32.1 Localidad			