

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (PROSA) Y LA 2ª COPIA (ACR) A LA
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES
DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

**MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS**

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <div>Elisabeth</div> <div>Vega</div> <div>ibarra</div>		2. FECHA DE NACIMIENTO <div>11/4/12</div> <div>19/5/15</div>		3. SEXO <div>Hombre</div> <div>Mujer</div> <div>Se ignora</div>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <div>San Luis Potosí</div>		5. CURP <div>VIEIIESIS112114MSPGIBL011</div>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <div>Sí</div> <div>No</div> <div>Se ignora</div>		7. NACIONALIDAD <div>Mexicana</div> <div>Otra</div>		8. EDAD CUMPLIDA <div>65</div>		9. ESTADO CONYUGAL <div>En unión libre</div> <div>Separado(a)</div> <div>Divorciado(a)</div> <div>Soltero(a)</div>		10. RESIDENCIA HABITUAL <div>Calle 25 de diciembre</div> <div>9</div> <div>Casa habitación</div> <div>71841318</div> <div>Soledad de Graciano</div> <div>San Luis Potosí</div>		11. ESCOLARIDAD <div>Ninguna</div> <div>Preescolar</div> <div>Primaria</div> <div>Secundaria</div> <div>Bachillerato o preparatoria</div> <div>Profesional</div> <div>Posgrado</div> <div>Se ignora</div>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <div>Anciano</div> <div>Trabajaba</div> <div>No</div> <div>Se ignora</div>		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>Ninguna</div> <div>ISSSTE</div> <div>SEDENA</div> <div>Seguro Popular</div> <div>Otra</div> <div>IMSS</div> <div>PEMEX</div> <div>SEMAR</div> <div>IMSS PROSPERA</div> <div>Se ignora</div>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Secretaría de Salud</div> <div>IMSS</div> <div>PEMEX</div> <div>SEMAR</div> <div>IMSS PROSPERA</div> <div>ISSSTE</div> <div>SEDENA</div> <div>Otra unidad pública</div> <div>Unidad médica privada</div> <div>Hospital General de Soledad</div> <div>Vía pública</div> <div>Hogar</div>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Avenida</div> <div>112</div> <div>Hospital</div> <div>71841315</div> <div>Soledad de Graciano</div> <div>San Luis Potosí</div>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>27/07/2018</div> <div>20</div> <div>18</div> <div>20</div>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>Sí</div> <div>No</div> <div>Se ignora</div>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <div>Sí</div> <div>No</div>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN <div>Choque séptico</div> <div>Síndrome de dificultad respiratoria severa</div> <div>Neumonía COVID 19</div> <div>Dicénesis múltiples tipo 2</div> <div>Enfermedad renal crónica agudizada</div> <div>9 días</div> <div>9 días</div> <div>10 días</div> <div>años</div> <div>años</div>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <div>Código CIE</div>		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <div>El embarazo</div> <div>El parto</div> <div>El puerperio</div> <div>43 días a 11 meses después del parto o aborto</div> <div>No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte</div> <div>21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?</div> <div>21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?</div>		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>22.1 Fue un presunto</div> <div>Accidente</div> <div>Homicidio</div> <div>Suicidio</div> <div>Se ignora</div> <div>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?</div> <div>Sí</div> <div>No</div> <div>Se ignora</div> <div>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión</div> <div>Vivienda particular</div> <div>Área deportiva</div> <div>Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)</div> <div>Calle o carretera (via pública)</div> <div>Escuela u oficina pública</div> <div>Área comercial o de servicio</div> <div>Área industrial (taller, fábrica u obra)</div> <div>Granja (rancho o parcela)</div> <div>Otro</div> <div>Se ignora</div> <div>22.4 Anote la relación que tenía presunto agresor con el(la) fallecido(a)</div>		23. NOMBRE <div>Miguel Ángel</div> <div>Flores</div> <div>Vega</div> <div>Hijo</div>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Hijo</div>		25. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante</div> <div>Médico legista</div> <div>Otro médico*</div> <div>Persona autorizada por la Secretaría de Salud</div> <div>Autoridad civil*</div> <div>Otro*</div> <div>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</div> <div>7543300</div>		27. NOMBRE <div>Luis Francisco</div> <div>Pascio</div> <div>Vega</div>		28. FIRMA <div>[Firma]</div>		29. DOMICILIO y TELÉFONO <div>Avenida</div> <div>Valentin Amador</div> <div>112</div> <div>Hospital</div> <div>71841315</div> <div>Soledad de Graciano</div> <div>San Luis Potosí</div>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>27/07/2018</div>	
--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	---	--	--	--	-----------------------------------	--	---	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	---	--	--	--	---	--	---------------------------------	--	--	--	---	--



200626645