



FOLIO
200629629

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 LOS PARTICULARES

1. The first part of the document is a title page. It contains the title of the document, the author's name, and the date of the document.

2. The second part of the document is an abstract. It provides a brief summary of the main points of the document.

3. The third part of the document is an introduction. It provides a more detailed overview of the document's content.

4. The fourth part of the document is a list of references. It lists the sources of information used in the document.

5. The fifth part of the document is a conclusion. It summarizes the findings of the document and provides recommendations.

6. The sixth part of the document is a list of appendices. It lists the additional information included in the document.

7. The seventh part of the document is a list of figures. It lists the visual elements included in the document.

8. The eighth part of the document is a list of tables. It lists the data tables included in the document.

9. The ninth part of the document is a list of footnotes. It lists the additional information provided at the bottom of the document.

10. The tenth part of the document is a list of indexes. It lists the key terms and concepts used in the document.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Ma Ines</u> Nombre(s)		<u>Salazar</u> Primer Apellido		<u>Fines</u> Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>29</u> <u>06</u> <u>1963</u> Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>SAFI630629MSPLLNO5</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="radio"/> 99 Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u> </u> Minutos Para menores de un día: <u> </u> Horas Para menores de un mes: <u> </u> Días Para menores de un año: <u> </u> Meses Para personas de un año o más: <u>57</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>227</u> 10.1 Tipo de vivienda: <u>Casa habitación</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Cantabria</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>78423</u> 10.4 Núm. Interior: <u> </u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal: <u>78423</u> 10.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input checked="" 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: <u>Completa</u> <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 11.2 Trabajaba: <u>Si</u> <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Hogar</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
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 checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u> </u>			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 <u>Hospital General de Salud</u> 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General de Salud</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u> </u>		14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General de Salud</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u> </u>		14.3 Tipo de vivienda: <u>Via pública</u> <input checked="" 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 <u>1112</u> 15.1 Tipo de vivienda: <u>Hospital</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Hospital General de Salud</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>78435</u> 15.4 Núm. Interior: <u> </u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal: <u>78435</u> 15.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		15.1 Tipo de vivienda: <u>Hospital</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Hospital General de Salud</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>78435</u> 15.4 Núm. Interior: <u> </u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal: <u>78435</u> 15.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		15.1 Tipo de vivienda: <u>Hospital</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Hospital General de Salud</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>78435</u> 15.4 Núm. Interior: <u> </u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal: <u>78435</u> 15.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>24</u> <u>09</u> <u>2020</u> <u>11</u> <u>47</u> Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <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, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Síndrome insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía atípica</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u> </u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u> </u> 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 moribundo que la produjo <u>Dicéneos mellitos tipo 2</u> <u>Hipertensión arterial sistémica</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>Idia</u> <u>Idia</u> <u>años</u> <u>años</u>		Código CIE <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u> </u>		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 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 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 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 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): <u> </u> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u> </u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u> </u> 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: <u> </u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u> </u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u> </u> 22.7.4 Núm. Interior: <u> </u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u> </u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u> </u> 22.7.7 Código Postal: <u> </u> 22.7.8 Localidad: <u> </u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u> </u> 22.7.10 Entidad federativa: <u> </u>	
23. NOMBRE <u>Angelica</u> Nombre(s) <u>Telloz</u> Primer Apellido <u>Salazar</u> Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 <u>adscrito</u> Especifique	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>7543300</u> Número de la cédula profesional		27. FIRMA <u> </u>		28. NOMBRE <u> </u> Nombre(s) <u> </u> Primer Apellido <u> </u> Segundo Apellido	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u> </u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u> </u> 29.3 Núm. Exterior: <u> </u> 29.4 Núm. Interior: <u> </u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u> </u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u> </u> 29.7 Código Postal: <u> </u> 29.8 Localidad: <u> </u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u> </u> 29.10 Entidad federativa: <u> </u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>24</u> <u>09</u>			