



FOLIO
0063058520063058520063058520063058520063
200630585

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

**MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS**

DEL CERTIFICANTE

DEL REG.
CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) FELIPE		TORRES		MARTINEZ	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 17 02 1949		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Nueva Leon Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Se ignora <input type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Dias Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>					
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento		8.2 Semanas de gestación		8.3 Peso (gramos)	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) C comunicado 10.1 Tipo de vitalidad Lagunita y Rancho nuevos 10.2 Nombre de la vitalidad dr Arroyo 10.5 Tipo de asentamiento humano NL 10.6 Nombre del asentamiento humano					
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.7 Código Postal	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
10.7 Localidad		10.8 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> OTRA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica hospital general matehuala 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		14.3 Lugar de defunción Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 601 matehuala 15.1 Tipo de vitalidad carretera la paz 15.2 Nombre de la vitalidad		15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos 07 08 2020 04 50		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRÁCTICO NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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 pneumonia atípica Debido a (o como consecuencia de) síndrome dificultad respiratoria Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica hipertensión arterial PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo 5 a		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte J189 J86x Código CIE 110X		Uso exclusivo del personal codificador	
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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) pareja 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 601 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio matehuala 22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vitalidad 22.7.2 Nombre de la vitalidad 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 Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa		23. NOMBRE Gloria garvia hernandez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) pareja 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique _____ 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1959428 Número de la cédula profesional 27. FIRMA pablo barradas canales Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 28. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año 07 08 2020			

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA