

Fe de erratas: 2. Error / Correcto 10/09/37 27. Erra Magdalena del Angel Correcto Mary Idlenea
*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA MARTÍNEZ
DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

*SILA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COP DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

Formulario de Defunción (Certificado de Defunción) - Versión 1.0

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nicolasa Alvarez Muñoz

2. FECHA DE NACIMIENTO 10/09/1919

3. SEXO Mujer

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí

5. CURP LAIAINIS71019110IMHIGLIXCIOIS

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No

7. NACIONALIDAD Mexicana

8. EDAD CUMPLIDA 62 años

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a)

10. RESIDENCIA HABITUAL Calle 20101te, Fracción Insurgente, Ciudad Valles, San Luis Potosí

11. ESCOLARIDAD Primaria

12. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Hogar

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Boulevard Fracción Insurgente, Ciudad Valles, San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 19/10/2011 16:00

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No

18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) Insuficiencia respiratoria

b) Neumonía no especificada

c) Hipertensión Arterial Sistémica crónica

PARTE II

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moribundo que la produjo

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Insuficiencia respiratoria

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo No

El parto No

El puerperio No

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? No

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidente No

Homicidio No

Suicidio No

Se ignora No

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? No

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular No

Área deportiva No

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) No

Calle o carretera (vía pública) No

Escuela u oficina pública No

Área comercial o de servicio No

Se ignora No

22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(ella) fallecido(a)

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 Añote 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 Alcaldía

22.7.10 Entidad federativa

23. NOMBRE Kamion Martinez Ambrosio

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Esposo

25. CERTIFICADA POR

Médico tratante No

Médico legista No

Otro médico No

Persona autorizada por la Secretaría de Salud No

Autonomía civil No

Otro No

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

27. NOMBRE Magdalena del Angel

28. FIRMA [Firma]

29. DOMICILIO Y TELÉFONO Boulevard Fracción Insurgente, Ciudad Valles, San Luis Potosí

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 19/10/2011

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO

31.1 Acta Núm.

31.2 Libro Núm.

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

32.1 Localidad

32.2 Municipio o Alcaldía

32.3 Entidad federativa

32.4 Día

32.5 Mes

32.6 Año

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD