



200635480



DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

<b>SECRETARÍA DE SALUD</b> <b>CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN</b> <b>ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO</b>											
<b>FOLIO</b> <b>200635480</b> <b>356-297</b>											
<b>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)</b> <i>García</i> <b>Primer Apellido</b> <i>Félix</i> <b>Segundo Apellido</b> <i>Hernández</i>											
<b>2. FECHA DE NACIMIENTO</b> <i>02/12/1966</i> <b>3. SEXO</b> <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <b>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO</b> <i>San Luis Potosí</i>			<b>5. CURP</b> <i>HLFEL661202HCPRLN44</i> <b>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</b> <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <b>7. NACIONALIDAD</b> <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra <b>8. EDAD CUMPLIDA</b> <input type="radio"/> Para menores de una hora <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Para personas de un año o más <b>9. ESTADO CONYUGAL</b> <input type="radio"/> Separado(a) <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <b>10. RESIDENCIA HABITUAL</b> <b>10.1 Tipo de vialidad</b> <b>10.2 Nombre de la vialidad</b>								
<b>8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:</b> <b>10.3 Núm. Exterior</b> <i>79020</i> <b>10.4 Núm. Interior</b> <i>10.5 Tipo de asentamiento humano</i> <b>10.6 Nombre del asentamiento humano</b>			<b>8.2 Semanas de gestación:</b> <i>8.3 Peso (gramos):</i> <b>10.7 Código Postal</b> <i>79020</i> <b>10.8 Localidad</b> <i>Calle 12 de Octubre</i> <b>10.9 Municipio o Alcaldía</b> <i>Colonia 20 de Noviembre</i> <b>10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</b>								
<b>11. ESCOLARIDAD</b> <input type="radio"/> Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <b>11.1 La escolaridad seleccionada es:</b> <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Profesional <b>12. OCUPACIÓN HABITUAL</b> <b>12.1 Trabajaba</b> <b>12.2 Ocupación</b> <b>12.3 Número de seguridad social o afiliación</b>			<b>12.1 Trabajaba</b> <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <b>12.2 Ocupación</b> <b>12.3 Número de seguridad social o afiliación</b>								
<b>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b> <b>13.1 Número de seguridad social o afiliación</b>			<b>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> <b>14.1 Nombre de la unidad médica</b> <b>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</b>								
<b>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> <b>15.1 Tipo de vialidad</b> <b>15.2 Nombre de la vialidad</b>			<b>15.3 Núm. Exterior</b> <i>79020</i> <b>15.4 Núm. Interior</b> <i>15.5 Tipo de asentamiento humano</i> <b>15.6 Nombre del asentamiento humano</b>								
<b>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN</b> <b>16.1 Día</b> <i>27</i> <b>16.2 Mes</b> <i>09</i> <b>16.3 Año</b> <i>2020</i> <b>16.4 Horas</b> <i>00</i> <b>16.5 Minutos</b> <i>21</i>			<b>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</b> <b>17.1 Si</b> <input checked="" type="radio"/> <b>17.2 No</b> <input type="radio"/> <b>17.3 Se ignora</b> <input type="radio"/> <b>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?</b> <b>18.1 Si</b> <input type="radio"/> <b>18.2 No</b> <input checked="" type="radio"/>								
<b>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</b> (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) <b>19.1 PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			<b>19.2 PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo								
<b>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b> <b>20.1 Código CIE</b>			<b>19.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte</b> <b>19.4 Código CIE</b>								
<b>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</b> <b>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:</b> <b>21.2.1 El embarazo</b> <input type="radio"/> <b>21.2.2 El parto</b> <input type="radio"/> <b>21.2.3 El puerperio</b> <input type="radio"/> <b>21.2.4 No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte</b> <input type="radio"/>			<b>21.2.1 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?</b> <b>21.2.2 Si</b> <input type="radio"/> <b>21.2.3 No</b> <input checked="" type="radio"/> <b>21.2.4 Se ignora</b> <input type="radio"/>								
<b>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</b> <b>22.1.1 Fue un presunto accidente</b> <b>22.1.2 Homicidio</b> <b>22.1.3 Suicidio</b> <b>22.1.4 Se ignora</b>			<b>22.2.1 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?</b> <b>22.2.2 Si</b> <input type="radio"/> <b>22.2.3 No</b> <input checked="" type="radio"/> <b>22.2.4 Se ignora</b> <input type="radio"/>								
<b>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión</b> <b>22.3.1 Vivienda particular</b> <input type="radio"/> <b>22.3.2 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)</b> <input type="radio"/> <b>22.3.3 Escuela u oficina pública</b> <input type="radio"/> <b>22.3.4 Área industrial (taller, fábrica u oficina)</b> <input type="radio"/> <b>22.3.5 Área deportiva (calle o carretera)</b> <input type="radio"/> <b>22.3.6 Rancho o parcela</b> <input type="radio"/> <b>22.3.7 Otro</b> <input type="radio"/>			<b>22.4.1 ¿Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?</b> <b>22.4.2 SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ HOSPITAL GENERAL</b> <b>22.4.3 C.D. VALLES, S.L.P.</b>								
<b>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:</b>			<b>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</b> <b>22.7.1 Tipo de vialidad</b> <b>22.7.2 Nombre de la vialidad</b>								
<b>22.7.3 Núm. Exterior</b> <i>79020</i> <b>22.7.4 Núm. Interior</b> <i>10</i>			<b>22.7.5 Tipo de asentamiento humano</b> <b>22.7.6 Nombre del asentamiento humano</b>								
<b>22.7.7 Código Postal</b> <i>79020</i>			<b>22.7.8 Localidad</b> <i>Calle 12 de Octubre</i> <b>22.7.9 Municipio o Alcaldía</b> <i>Colonia 20 de Noviembre</i> <b>22.7.10 Entidad federativa</b>								
<b>23. NOMBRE</b> <b>23.1 Nombre(s)</b> <i>Ricardo Hernández de la Torre</i> <b>23.2 Primer Apellido</b> <i>Hernández</i> <b>23.3 Segundo Apellido</b> <i>de la Torre</i>			<b>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)</b>								
<b>25. CERTIFICADA POR</b> <b>25.1 Médico tratante</b> <input type="radio"/> <b>25.2 Médico legista</b> <input type="radio"/> <b>25.3 Otro médico</b> <input type="radio"/> <b>25.4 Persona autorizada por la Secretaría de Salud</b> <input type="radio"/> <b>25.5 Autoridad civil</b> <input type="radio"/> <b>25.6 Otro</b> <input type="radio"/>			<b>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</b> <b>26.1 *Especifique</b> <b>26.2 Número de la cédula profesional</b>								
<b>27. NOMBRE</b> <b>27.1 Nombre(s)</b> <i>Ariel Jordana Mora</i> <b>27.2 Primer Apellido</b> <i>Jordana</i> <b>27.3 Segundo Apellido</b> <i>Mora</i>			<b>28. FIRMA</b> <i>Ariel Jordana Mora</i>								
<b>29. DOMICILIO y TELÉFONO</b> <b>29.1 Tipo de vialidad</b> <i>79020</i> <b>29.2 Nombre de la vialidad</b> <i>Calle 12 de Octubre</i> <b>29.3 Núm. Exterior</b> <i>79020</i> <b>29.4 Núm. Interior</b> <i>10</i> <b>29.5 Tipo de asentamiento humano</b>			<b>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN</b> <b>30.1 Día</b> <i>27</i> <b>30.2 Mes</b> <i>09</i> <b>30.3 Año</b> <i>2020</i>								
<b>29.6 Nombre del asentamiento humano</b> <i>Calle 12 de Octubre</i> <b>29.7 Código Postal</b> <i>79020</i> <b>29.8 Localidad</b> <i>Colonia 20 de Noviembre</i> <b>29.9 Municipio o Alcaldía</b> <i>Colonia 20 de Noviembre</i> <b>29.10 Entidad federativa</b>			<b>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO</b> <b>31.1 Número</b> <i>CD. VALLES, S.L.P.</i> <b>31.2 Libro Número</b> <i>1</i> <b>31.3 Fecha</b> <i>27/09/2020</i>								
<b>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</b> <b>32.1 Localidad</b>			<b>33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</b> <b>33.1 Localidad</b>								