



## Modelo 2017.1

200636863

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. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>ELVIA</b> Nombre(s)		CAMACHO Primer Apellido		REGALADO Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 1 2 0 6 1 9 3 6 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 SAN LUIS POTOSI Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP C A R E 3 6 0 6 1 2 M S P M G L 0 0		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input 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: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: 0 8 4 Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) CALLE 10.1 Tipo de vialidad MONTE TAURO 10.2 Nombre de la vialidad LT3 MZ 17 FRACCIONAMIENTO 10.5 Tipo de asentamiento humano BUENOS AIRES 10.6 Nombre del asentamiento humano 7 7 9 9 6 10.7 Código Postal TAMAZUNCHALE 10.8 Localidad TAMAZUNCHALE 10.9 Municipio o Alcaldía SAN LUIS POTOSI 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
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		12. OCUPACIÓN HABITUAL NO REMUNERADO - AMA DE CASA 0 3 12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input 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 checked="" type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 TAMAZUNCHALE 14.1 Nombre de la unidad médica S P I S T O 0 0 1 4 2 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN BOULEVARD 15.1 Tipo de vialidad PUEBLO 15.2 Nombre de la vialidad SN 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 7 9 9 6 0 TAMAZUNCHALE 15.7 Código Postal TAMAZUNCHALE 15.8 Localidad TAMAZUNCHALE 15.9 Municipio o Alcaldía SAN LUIS POTOSI 15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 0 5 0 8 2 0 2 0 1 2 3 6 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 PRATICÓ 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. NEUMONÍA ATÍPICA Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b. CASO SOSPECHOSO COVID-19 Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 2 DÍAS 7 DÍAS 1 AÑOS 40 AÑOS		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo ENFERMEDAD RENAL CRONICA DIABETES MELLITUS TIPO 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
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 type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input 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 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8	
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 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad 22.7.2 Nombre de la vialidad 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					