



CLAVES: SP 1410 0019 1 1
Ego Institución Consecutivo Ver

FOLIO: _____

PACIENTE	NOMBRE: <u>Uca Guadalupe</u> <u>Medina</u> <u>Iturrigarra</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido																																																																																																																																																																																																				
	C.U.R.P.: <u>ME141630528MSPOT009</u> <u>28</u> <u>05</u> <u>1962</u> <u>S.L.P.</u> Fecha de nacimiento Día Mes Año Entidad de nacimiento																																																																																																																																																																																																				
ESTANCIA	EDAD CUMPLIDA: _____ Horas (en menores de 24 hrs) _____ Días (en menores de 30 días) _____ Meses (en menores de un año) <u>57</u> Años (1 año y más)																																																																																																																																																																																																				
	NACIÓ EN EL HOSPITAL: ☐ SI ☒ NO SEXO: ☒ Masculino ☐ Femenina PESO: _____ kg TALLA: _____ cm ESTADO CONYUGAL: _____																																																																																																																																																																																																				
	AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD: ☐ IMSS ☐ ISSSTE ☐ PEMEX ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ Gob. Estatal ☐ Seguro Privado ☐ Se ignora ☐ Otro ☐ INSABI																																																																																																																																																																																																				
	NÚM. AFILIACIÓN: _____ GRATUIDAD: ☐ SI ☒ NO ☐ IMSS Bienestar ☐ Ninguna																																																																																																																																																																																																				
	¿SE CONSIDERA INDÍGENA? ☐ SI ☒ NO ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? ☐ SI ☒ NO ¿CUAL? _____																																																																																																																																																																																																				
	Los menores de 5 años que sean hijos de alguna persona que se asuma indígena o hable alguna lengua indígena, serán considerados como tales.																																																																																																																																																																																																				
	TIPO DE LA VIALIDAD: <u>Barrio</u> NOMBRE DE LA VIALIDAD: <u>San Juan</u> NÚM. EXT.: _____ NÚM. INT.: _____																																																																																																																																																																																																				
	TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO: <u>Barrio</u> NOMBRE DE ASENTAMIENTO HUMANO: <u>San Juan</u>																																																																																																																																																																																																				
	CÓDIGO POSTAL: _____ LOCALIDAD: <u>San Juan</u> MUNICIPIO O ALCALDÍA: <u>Tamazunchale</u>																																																																																																																																																																																																				
	ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS: <u>S.L.P.</u> TELÉFONO: _____																																																																																																																																																																																																				
ATENCIÓN OBSTÉTRICA	EXPEDIENTE: _____ TIPO DE SERVICIO: _____ DE INGRESO: _____																																																																																																																																																																																																				
	INGRESO: _____ Día _____ Mes _____ Año _____ HOSPITALIZACIÓN (NORMAL) ☒ SEGUNDO: _____																																																																																																																																																																																																				
	EGRESO: _____ Día _____ Mes _____ Año _____ CORTA ESTANCIA ☒ TERCERO: _____																																																																																																																																																																																																				
	ESTANCIA EN SERVICIOS DE APOYO: Terapia intensiva: _____ Días _____ Horas _____ Terapia intermedia: _____ Días _____ Horas _____																																																																																																																																																																																																				
	PROCEDENCIA: ☒ Consulta Externa ☐ Urgencias ☐ Referido _____ Unidad médica _____ ☐ Cuero patológico ☐ Otro _____ Especifique _____																																																																																																																																																																																																				
	MOTIVO DE EGRESO: ☐ Curación ☐ Mejoría ☐ Voluntaria ☐ Traslado a otra Unidad Médica: _____ Especifique _____																																																																																																																																																																																																				
	☒ Defunción ☐ MINISTERIO PÚBLICO: ☐ SI ☒ NO FOLIO DEL CERTIFICADO: _____ ☐ Fuga ☐ Otro motivo: _____ Especifique _____																																																																																																																																																																																																				
	MUJER EN EDAD FÉRTIL: ☒ Embarazo ☐ Puerperio (de 0 a 42 días después del parto) ☐ No estaba embarazada ni en puerperio																																																																																																																																																																																																				
	AFECIONES TRATADAS (DIAGNÓSTICOS FINALES AL EGRESO, DEBE SER LLENADO POR EL MÉDICO RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN). AFECCIÓN PRINCIPAL: ☐ Primera vez ☐ Subsecuente																																																																																																																																																																																																				
	CAUSA EXTERNA (Especifique los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causan la lesión): _____																																																																																																																																																																																																				
HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS	INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA: ☐ SI ☒ NO																																																																																																																																																																																																				
	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, TERAPÉUTICOS Y QUIRÚRGICOS: En este apartado se deberán incluir ADemás los procedimientos obstétricos materno - neonatal (parto en posición vertical, apego inmediato madre y neonato, acompañamiento psicoemocional, y manejo activo de tercer periodo del trabajo de parto).																																																																																																																																																																																																				
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">1.</th> <th rowspan="2">2.</th> <th rowspan="2">3.</th> <th rowspan="2">4.</th> <th rowspan="2">5.</th> <th rowspan="2">6.</th> <th rowspan="2">7.</th> <th rowspan="2">8.</th> <th colspan="3">ANESTESIA</th> <th colspan="3">QUIRÓFANO</th> <th colspan="3">CURP o CED. MÉDICO RESP. DEL PROCEDIMIENTO</th> <th colspan="3">CÓDIGO DE 9 MC</th> </tr> <tr> <th>TIPO</th> <th>DENTRO</th> <th>HH.M.M.</th> <th>FUERA</th> <th>TIPO</th> <th>DENTRO</th> <th>HH.M.M.</th> <th>FUERA</th> <th>TIPO</th> <th>DENTRO</th> <th>HH.M.M.</th> <th>FUERA</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	ANESTESIA			QUIRÓFANO			CURP o CED. MÉDICO RESP. DEL PROCEDIMIENTO			CÓDIGO DE 9 MC			TIPO	DENTRO	HH.M.M.	FUERA	TIPO	DENTRO	HH.M.M.	FUERA	TIPO	DENTRO	HH.M.M.	FUERA	1	2	3	1.								1				2								2.								1				2								3.								1				2								4.								1				2								5.								1				2								6.								1				2								7.								1				2								8.								1				2							
	1.	2.									3.	4.	5.	6.	7.	8.	ANESTESIA			QUIRÓFANO			CURP o CED. MÉDICO RESP. DEL PROCEDIMIENTO			CÓDIGO DE 9 MC																																																																																																																																																																											
			TIPO	DENTRO	HH.M.M.	FUERA	TIPO	DENTRO	HH.M.M.	FUERA							TIPO	DENTRO	HH.M.M.	FUERA	1	2	3																																																																																																																																																																														
	1.								1				2																																																																																																																																																																																								
	2.								1				2																																																																																																																																																																																								
	3.								1				2																																																																																																																																																																																								
	4.								1				2																																																																																																																																																																																								
	5.								1				2																																																																																																																																																																																								
6.								1				2																																																																																																																																																																																									
7.								1				2																																																																																																																																																																																									
8.								1				2																																																																																																																																																																																									
TIPO DE ANESTESIA: ☒ General ☐ Regional ☐ Sedación ☐ Local ☐ Combinada ☐ No usó																																																																																																																																																																																																					
VIOLENCIA Y/O LESIÓN: ☐ SI ☒ NO																																																																																																																																																																																																					
FOLIO DE LA HOJA DE LESIONES: _____																																																																																																																																																																																																					
HISTORIA GINECOBISTÉTRICA: Gestas _____ Abortos _____ Partos _____ Cesáreas _____																																																																																																																																																																																																					
EDAD GESTACIONAL: _____ EXTRACCIÓN O EXPULSIÓN? ☐ SI ☒ NO																																																																																																																																																																																																					
TIPO DE ATENCIÓN: ☐ Aborto ☒ Parto PLANIFICACIÓN FAMILIAR: ☐ Ninguna ☐ Hormonal oral ☐ Inyectable mensual ☐ Inyectable bimestral																																																																																																																																																																																																					
TIPO PROCEDIMIENTO DE ABORTO: ☐ LUI ☐ AMEL ☐ Medicamento ☐ Única ☐ Gemelar ☐ Implante subdérmico ☐ Dispositivo intrauterino ☐ Preservativo femenino																																																																																																																																																																																																					
TIPO DE PARTO: ☒ Eutócico ☐ Distócico vaginal ☐ Cesárea ☐ Tres o más ☐ Otros _____																																																																																																																																																																																																					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">CONDICIÓN AL NACIMIENTO</th> <th colspan="3">CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL EGRESAR LA MADRE</th> <th colspan="3">INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE FETAL SEGÚN SEA EL CASO)</th> <th colspan="3">PARA TODO NACIDO VIVO</th> </tr> <tr> <th colspan="3"></th> <th colspan="3"></th> <th colspan="3"></th> <th colspan="3"></th> </tr> <tr> <th colspan="3"></th> <th colspan="3"></th> <th colspan="3"></th> <th colspan="3"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td> </tr> </tbody> </table>		CONDICIÓN AL NACIMIENTO			CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL EGRESAR LA MADRE			INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE FETAL SEGÚN SEA EL CASO)			PARA TODO NACIDO VIVO																											1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																												
CONDICIÓN AL NACIMIENTO			CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL EGRESAR LA MADRE			INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE FETAL SEGÚN SEA EL CASO)			PARA TODO NACIDO VIVO																																																																																																																																																																																												
1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																																																																																										
1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																																																																																										
1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																																																																																										
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">DATOS DE LOS PRODUCTOS</th> <th colspan="2">REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA</th> <th colspan="2">ALIMENTACIÓN CONJUNTO</th> <th colspan="2">LACTANCIA EXCLUSIVA</th> </tr> <tr> <th>1</th><th>2</th> <th>1</th><th>2</th> <th>1</th><th>2</th> <th>1</th><th>2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>2</td> <td>1</td><td>2</td> <td>1</td><td>2</td> <td>1</td><td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td> <td>1</td><td>2</td> <td>1</td><td>2</td> <td>1</td><td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td> <td>1</td><td>2</td> <td>1</td><td>2</td> <td>1</td><td>2</td> </tr> </tbody> </table>		DATOS DE LOS PRODUCTOS		REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA		ALIMENTACIÓN CONJUNTO		LACTANCIA EXCLUSIVA		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																												
DATOS DE LOS PRODUCTOS		REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA		ALIMENTACIÓN CONJUNTO		LACTANCIA EXCLUSIVA																																																																																																																																																																																															
1	2	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																																														
1	2	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																																														
1	2	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																																														
1	2	1	2	1	2	1	2																																																																																																																																																																																														
TIPO DE UNIDAD: _____ Servicios: _____																																																																																																																																																																																																					
HOSPITAL CONTINUO: ☐ ☒ 1 Psiquiátrica ☐ 2 Psiquiátrica ☐ 3 Psico geriátrica ☐ 4 Unidad de desintoxicación ☐ 5 Villa psiquiátrica ☐ 6 Otras ☐ 7 No especificado																																																																																																																																																																																																					
HOSPITAL PARCIAL: ☐ ☒ 1 Día ☐ 2 Noche ☐ 3 Fin de semana ☐ 4 Otras ☐ 9 No especificado																																																																																																																																																																																																					
UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES: ☐ ☒ 3																																																																																																																																																																																																					
PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE: NOMBRE: _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ C.U.R.P.: _____ CÉDULA PROFESIONAL: _____ FIRMA: _____																																																																																																																																																																																																					



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

200637413

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN.
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Mra. Guadalupe		Medina		Humaga			
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		ENTIDAD DE NACIMIENTO			
28/05/1963		Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐		San Luis Potosí			
6. CURP		7. NACIONALIDAD		8. ESTADO CONYUGAL			
MEIG630528MSPATD091		Mexicana ☒ Se ignora ☐		Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☒ Se ignora ☐			
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL			
057		En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☒ Se ignora ☐		Avenida Hidalgo, Barrio San Juan			
10. RESIDENCIA HABITUAL		11. ESCOLARIDAD		12. OCUPACIÓN HABITUAL			
14		Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Se ignora ☐		Circunscripta			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			
IMSS ☒ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐		Hospital Rural No. 4		Carretera Tamaulipas-San Martín			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
10/08/2020 09:49		Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS			
Insuficiencia Respiratoria Aguda		Código CIE		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:			
Neumonía				Embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐			
Confirmado Covid-19				21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio?			
Diabetes Mellitus Tipo 2				Sí ☐ No ☒			
Hipertensión Arterial Sistémica				21.3 Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio?			
				Sí ☐ No ☒			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:		23. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A)			
22.1 Fue un presunto accidente ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐		23.1 Sitio donde ocurrió la lesión		24.1 Nombre del fallecido(a)			
22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? ☐ No ☒		23.2 Descripción de la lesión		24.2 Nombre de la entidad federativa			
22.3 Descripción de la lesión		23.3 Descripción de la lesión		24.3 Nombre del asentamiento humano			
22.4 Descripción de la lesión		23.4 Descripción de la lesión		24.4 Nombre del municipio o alcaldía			
22.5 Descripción de la lesión		23.5 Descripción de la lesión		24.5 Nombre de la entidad federativa			
22.6 Descripción de la lesión		23.6 Descripción de la lesión		24.6 Nombre del asentamiento humano			
22.7 Descripción de la lesión		23.7 Descripción de la lesión		24.7 Nombre del municipio o alcaldía			
22.8 Descripción de la lesión		23.8 Descripción de la lesión		24.8 Nombre de la entidad federativa			
22.9 Descripción de la lesión		23.9 Descripción de la lesión		24.9 Nombre del asentamiento humano			
22.10 Descripción de la lesión		23.10 Descripción de la lesión		24.10 Nombre del municipio o alcaldía			
22.11 Descripción de la lesión		23.11 Descripción de la lesión		24.11 Nombre de la entidad federativa			
22.12 Descripción de la lesión		23.12 Descripción de la lesión		24.12 Nombre del asentamiento humano			
22.13 Descripción de la lesión		23.13 Descripción de la lesión		24.13 Nombre del municipio o alcaldía			
22.14 Descripción de la lesión		23.14 Descripción de la lesión		24.14 Nombre de la entidad federativa			
22.15 Descripción de la lesión		23.15 Descripción de la lesión		24.15 Nombre del asentamiento humano			
22.16 Descripción de la lesión		23.16 Descripción de la lesión		24.16 Nombre del municipio o alcaldía			
22.17 Descripción de la lesión		23.17 Descripción de la lesión		24.17 Nombre de la entidad federativa			
22.18 Descripción de la lesión		23.18 Descripción de la lesión		24.18 Nombre del asentamiento humano			
22.19 Descripción de la lesión		23.19 Descripción de la lesión		24.19 Nombre del municipio o alcaldía			
22.20 Descripción de la lesión		23.20 Descripción de la lesión		24.20 Nombre de la entidad federativa			
22.21 Descripción de la lesión		23.21 Descripción de la lesión		24.21 Nombre del asentamiento humano			
22.22 Descripción de la lesión		23.22 Descripción de la lesión		24.22 Nombre del municipio o alcaldía			
22.23 Descripción de la lesión		23.23 Descripción de la lesión		24.23 Nombre de la entidad federativa			
22.24 Descripción de la lesión		23.24 Descripción de la lesión		24.24 Nombre del asentamiento humano			
22.25 Descripción de la lesión		23.25 Descripción de la lesión		24.25 Nombre del municipio o alcaldía			
22.26 Descripción de la lesión		23.26 Descripción de la lesión		24.26 Nombre de la entidad federativa			
22.27 Descripción de la lesión		23.27 Descripción de la lesión		24.27 Nombre del asentamiento humano			
22.28 Descripción de la lesión		23.28 Descripción de la lesión		24.28 Nombre del municipio o alcaldía			
22.29 Descripción de la lesión		23.29 Descripción de la lesión		24.29 Nombre de la entidad federativa			
22.30 Descripción de la lesión		23.30 Descripción de la lesión		24.30 Nombre del asentamiento humano			
22.31 Descripción de la lesión		23.31 Descripción de la lesión		24.31 Nombre del municipio o alcaldía			
22.32 Descripción de la lesión		23.32 Descripción de la lesión		24.32 Nombre de la entidad federativa			
22.33 Descripción de la lesión		23.33 Descripción de la lesión		24.33 Nombre del asentamiento humano			
22.34 Descripción de la lesión		23.34 Descripción de la lesión		24.34 Nombre del municipio o alcaldía			
22.35 Descripción de la lesión		23.35 Descripción de la lesión		24.35 Nombre de la entidad federativa			
22.36 Descripción de la lesión		23.36 Descripción de la lesión		24.36 Nombre del asentamiento humano			
22.37 Descripción de la lesión		23.37 Descripción de la lesión		24.37 Nombre del municipio o alcaldía			
22.38 Descripción de la lesión		23.38 Descripción de la lesión		24.38 Nombre de la entidad federativa			
22.39 Descripción de la lesión		23.39 Descripción de la lesión		24.39 Nombre del asentamiento humano			
22.40 Descripción de la lesión		23.40 Descripción de la lesión		24.40 Nombre del municipio o alcaldía			
22.41 Descripción de la lesión		23.41 Descripción de la lesión		24.41 Nombre de la entidad federativa			
22.42 Descripción de la lesión		23.42 Descripción de la lesión		24.42 Nombre del asentamiento humano			
22.43 Descripción de la lesión		23.43 Descripción de la lesión		24.43 Nombre del municipio o alcaldía			
22.44 Descripción de la lesión		23.44 Descripción de la lesión		24.44 Nombre de la entidad federativa			
22.45 Descripción de la lesión		23.45 Descripción de la lesión		24.45 Nombre del asentamiento humano			
22.46 Descripción de la lesión		23.46 Descripción de la lesión		24.46 Nombre del municipio o alcaldía			
22.47 Descripción de la lesión		23.47 Descripción de la lesión		24.47 Nombre de la entidad federativa			
22.48 Descripción de la lesión		23.48 Descripción de la lesión		24.48 Nombre del asentamiento humano			
22.49 Descripción de la lesión		23.49 Descripción de la lesión		24.49 Nombre del municipio o alcaldía			
22.50 Descripción de la lesión		23.50 Descripción de la lesión		24.50 Nombre de la entidad federativa			
22.51 Descripción de la lesión		23.51 Descripción de la lesión		24.51 Nombre del asentamiento humano			
22.52 Descripción de la lesión		23.52 Descripción de la lesión		24.52 Nombre del municipio o alcaldía			
22.53 Descripción de la lesión		23.53 Descripción de la lesión		24.53 Nombre de la entidad federativa			
22.54 Descripción de la lesión		23.54 Descripción de la lesión		24.54 Nombre del asentamiento humano			
22.55 Descripción de la lesión		23.55 Descripción de la lesión		24.55 Nombre del municipio o alcaldía			
22.56 Descripción de la lesión		23.56 Descripción de la lesión		24.56 Nombre de la entidad federativa			
22.57 Descripción de la lesión		23.57 Descripción de la lesión		24.57 Nombre del asentamiento humano			
22.58 Descripción de la lesión		23.58 Descripción de la lesión		24.58 Nombre del municipio o alcaldía			
22.59 Descripción de la lesión		23.59 Descripción de la lesión		24.59 Nombre de la entidad federativa			
22.60 Descripción de la lesión		23.60 Descripción de la lesión		24.60 Nombre del asentamiento humano			
22.61 Descripción de la lesión		23.61 Descripción de la lesión		24.61 Nombre del municipio o alcaldía			
22.62 Descripción de la lesión		23.62 Descripción de la lesión		24.62 Nombre de la entidad federativa			
22.63 Descripción de la lesión		23.63 Descripción de la lesión		24.63 Nombre del asentamiento humano			
22.64 Descripción de la lesión		23.64 Descripción de la lesión		24.64 Nombre del municipio o alcaldía			
22.65 Descripción de la lesión		23.65 Descripción de la lesión		24.65 Nombre de la entidad federativa			
22.66 Descripción de la lesión		23.66 Descripción de la lesión		24.66 Nombre del asentamiento humano			
22.67 Descripción de la lesión		23.67 Descripción de la lesión		24.67 Nombre del municipio o alcaldía			
22.68 Descripción de la lesión		23.68 Descripción de la lesión		24.68 Nombre de la entidad federativa			
22.69 Descripción de la lesión		23.69 Descripción de la lesión		24.69 Nombre del asentamiento humano			
22.70 Descripción de la lesión		23.70 Descripción de la lesión		24.70 Nombre del municipio o alcaldía			
22.71 Descripción de la lesión		23.71 Descripción de la lesión		24.71 Nombre de la entidad federativa			
22.72 Descripción de la lesión		23.72 Descripción de la lesión		24.72 Nombre del asentamiento humano			
22.73 Descripción de la lesión		23.73 Descripción de la lesión		24.73 Nombre del municipio o alcaldía			
22.74 Descripción de la lesión		23.74 Descripción de la lesión		24.74 Nombre de la entidad federativa			
22.75 Descripción de la lesión		23.75 Descripción de la lesión		24.75 Nombre del asentamiento humano			
22.76 Descripción de la lesión		23.76 Descripción de la lesión		24.76 Nombre del municipio o alcaldía			
22.77 Descripción de la lesión		23.77 Descripción de la lesión		24.77 Nombre de la entidad federativa			
22.78 Descripción de la lesión		23.78 Descripción de la lesión		24.78 Nombre del asentamiento humano			
22.79 Descripción de la lesión		23.79 Descripción de la lesión		24.79 Nombre del municipio o alcaldía			
22.80 Descripción de la lesión		23.80 Descripción de la lesión		24.80 Nombre de la entidad federativa			
22.81 Descripción de la lesión		23.81 Descripción de la lesión		24.81 Nombre del asentamiento humano			
22.82 Descripción de la lesión		23.82 Descripción de la lesión		24.82 Nombre del municipio o alcaldía			
22.83 Descripción de la lesión		23.83 Descripción de la lesión		24.83 Nombre de la entidad federativa			
22.84 Descripción de la lesión		23.84 Descripción de la lesión		24.84 Nombre del asentamiento humano			
22.85 Descripción de la lesión		23.85 Descripción de la lesión		24.85 Nombre del municipio o alcaldía			
22.86 Descripción de la lesión		23.86 Descripción de la lesión		24.86 Nombre de la entidad federativa			
22.87 Descripción de la lesión		23.87 Descripción de la lesión		24.87 Nombre del asentamiento humano			
22.88 Descripción de la lesión		23.88 Descripción de la lesión		24.88 Nombre del municipio o alcaldía			
22.89 Descripción de la lesión		23.89 Descripción de la lesión		24.89 Nombre de la entidad federativa			
22.90 Descripción de la lesión		23.90 Descripción de la lesión		24.90 Nombre del asentamiento humano			
22.91 Descripción de la lesión		23.91 Descripción de la lesión		24.91 Nombre del municipio o alcaldía			
22.92 Descripción de la lesión		23.92 Descripción de la lesión		24.92 Nombre de la entidad federativa			
22.93 Descripción de la lesión		23.93 Descripción de la lesión		24.93 Nombre del asentamiento humano			
22.94 Descripción de la lesión		23.94 Descripción de la lesión		24.94 Nombre del municipio o alcaldía			
22.95 Descripción de la lesión		23.95 Descripción de la lesión		24.95 Nombre de la entidad federativa			
22.96 Descripción de la lesión		23.96 Descripción de la lesión		24.96 Nombre del asentamiento humano			
22.97 Descripción de la lesión		23.97 Descripción de la lesión		24.97 Nombre del municipio o alcaldía			
22.98 Descripción de la lesión		23.98 Descripción de la lesión		24.98 Nombre de la entidad federativa			
22.99 Descripción de la lesión		23.99 Descripción de la lesión		24.99 Nombre del asentamiento humano			
22.100 Descripción de la lesión		23.100 Descripción de la lesión		24.100 Nombre del municipio o alcaldía			

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