

200637462

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DE LOS SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) **MA. DE LOS ANGELES** 2. FECHA DE NACIMIENTO **28 05 1993** 3. SEXO **Mujer** 4. ENTREGA DE NACIMIENTO **SAN LUIS POTOSÍ** 5. CURP **LAOA370528MSPRRN06** 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? **No** 7. NACIONALIDAD **Mexicana** 8. EDAD CUMPLIDA **33** 9. ESTADO CONYUGAL **Soltera** 10. RESIDENCIA HABITUAL **ACTLA DE TERRAZAS** 11. ESCOLARIDAD **Primaria** 12. OCUPACIÓN HABITUAL **NO REMUNERADO - AMA DE CASA** 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD **ISSSTE** 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN **Tamazunchale** 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN **BOULEVARD** 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN **28 08 2020** 17. ¿TIPO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? **No** 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? **No**

DEL DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: por accidente, asfixia, etc.)

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

CHOQUE HIPOVOLÉMICO

ILEO PARALÍTICO

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN (Código CIE)

9 HORAS

23 HORAS

16 AÑOS

PARTE II

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

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

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

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

☐ 1 Sí ☐ 2 No

21.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio?

☐ 1 Sí ☐ 2 No

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 4

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 3

22.3 ¿Dónde ocurrió la lesión?

Vivienda particular ☐ 1 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 2 Escuela o oficina pública ☐ 3 Área industrial (calles, fábricas, etc.) ☐ 4 Área deportiva ☐ 5 Calle o caminata (vía pública) ☐ 6 Área deportiva o de recreo ☐ 7 Se ignora ☐ 8

22.4 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

22.5 Describa brevemente la situación, circunstancias violentas en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias violentas 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 vivienda

22.7.2 Número 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 **MARCELA** **ESPARZA** **LARRAGA** **HUJO(A)** **02**

24. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

25. CERTIFICADA POR

Médico tratante ☒ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☐ 3

Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 6

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

7220651

Número de la tarjeta profesional

27. NOMBRE **ANDRES** **ALVAREZ** **ANDRADE**

28. FIRMA

29. DOMICILIO Y TELÉFONO **ZACATIPAN** **TAMAZUNCHALE SAN MARTÍN** **KM 0.5**

29.1 Tipo de vivienda

29.2 Número de la vivienda

29.3 Núm. Exterior

29.4 Núm. Interior

29.5 Tipo de asentamiento humano

29.6 Nombre del asentamiento humano

29.7 Código Postal

29.8 Localidad

29.9 Municipio o Alcaldía

29.10 Entidad federativa

29.11 Teléfono

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN **28 08 2020**

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO

31.1 Acta Núm.

31.2 Lugar y fecha de registro

31.2.1 Localidad

31.2.2 Municipio o Alcaldía

31.2.3 Entidad federativa

31.2.4 Día

31.2.5 Mes

31.2.6 Año

CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA

Acta Num: 32.2 Municipio: A. Alvarado 32.3 Entidad: Veracruz

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