

LOS SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE DATOS PERSONALES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCION

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Juana Trujillo Medina</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido					
	2. FECHA DE NACIMIENTO <u>09/03/1967</u> Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))	
	5. CURP <u>TUMJ670309MSPRDN01</u> Se ignora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	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 Años cumplidos <u>053</u> Se ignora <input type="radio"/>			7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____		
DEL FALLECIDO	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:			8.2 Semanas de gestación:		
	8.3 Peso (gramos):			9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle 333 Colonia Priados 2ª Sección</u> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>78394</u> <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Comerciante</u> Se ignora <input type="radio"/>		
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			13.1 Número de seguridad social o afiliación		
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> <u>Hospital General de Soledad</u> 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>1112 Avenida Valentín Amador Genovevo Rivas Guillén</u> 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad <u>78344</u> <u>Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosí</u> 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa					
DE LA DEFUNCIÓN	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>22/10/2020 04:37</u> Día Mes Año Horas Minutos			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
	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) <u>Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía probable COVID 19</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u></u> 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 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo <u>Hipertensión Arterial Sistémica</u> <u>Obesidad Mórbida</u>			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>7 días</u> <u>7 días</u> <u>Años</u> <u>Años</u> Código CIE		Uso exclusivo del personal codificador
	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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
MUERTE ACCIDENTAL Y VIOLENTA	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias 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
DEL INF.	23. NOMBRE <u>Alejandro Leos Trujillo</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>		
DEL CERTIFICANTE	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3272274</u> Número de la cédula profesional		
	27. NOMBRE <u>Licda Susana Orduña Torres</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			28. FIRMA <u>[Firma]</u>		
	29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>Avenida Valentín Amador Genovevo Rivas Guillén</u> 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad <u>78344</u> <u>Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosí</u> 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa			30. FECHA DE CERTIFICACION <u>22/10/2020</u> Día Mes Año		
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		