



210829517

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

**MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS**

DEL

DEL CERTIFICANTE

DEL REG.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <div>Luz Maria Vega Martinez</div>					
2. FECHA DE NACIMIENTO <div>2-15-06-1983</div>					
3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <div>Sinaloa</div>					
5. CURP <div>LMVG830615MCCN</div>					
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 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: <div>07 años cumplidos</div> Se ignora <input type="radio"/>					
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <div>Calle 16 de Septiembre</div> <div>409</div> <div>Contreras</div> <div>Cuicatlan, Jalisco</div> <div>San Blas</div> <div>Coahuila de Zaragoza</div>					
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input 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 Trabajaba <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 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"/> OTRA <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Tipo de Vialidad: <div>Km 1</div> Nombre de la vialidad: <div>Oaxaca</div> <div>15.3 Núm. Exterior</div> <div>15.4 Núm. Interior</div> <div>15.5 Tipo de asentamiento humano</div> <div>15.6 Nombre del asentamiento humano</div> <div>15.7 Código Postal</div> <div>15.8 Localidad</div> <div>15.9 Municipio o Alcaldía</div> <div>15.10 Entidad federativa</div>					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>17-08-2020</div> <div>12:00</div>					
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>					
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <div>PARTE I</div> <div>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</div> <div>a) Síndrome de dificultad respiratoria</div> <div>b) Neumonía</div> <div>c) COVID-19</div> <div>d) Hipertensión</div> <div>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte</div> <div>1:30</div> <div>2 días</div> <div>6 días</div> <div>15 días</div> <div>Uso exclusivo del personal codificador</div> <div>Código CIE</div> <div>PARTE II</div> <div>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo</div> <div>Diabetes Mellitus</div> <div>Uso exclusivo del personal codificador</div> <div>Código CIE</div>					
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"/> 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"/>					
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? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 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, 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					
23. NOMBRE <div>Alejo</div> <div>Primer Apellido</div> <div>Segundo Apellido</div>					
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Nieto</div>					
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique _____					
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional					
27. NOMBRE <div>Dr. Juan Carlos Salazar</div> <div>Primer Apellido</div> <div>Segundo Apellido</div>					
28. FIRMA <div>[Firma]</div>					
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 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 Día Mes Año					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____					
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año					