

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

210830412

DEL FALLECIDO

DE LA DEELINCION

MUERTES ACCIDENTALES

DEF

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 111–117

5

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

210830412

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>LAZARO</u> Primer Apellido <u>TORES</u> Segundo Apellido <u>CAUDENCIO</u>			
	2. FECHA DE NACIMIENTO <u>21/01/1952</u> Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
	5. CURP <u>TICIC121121210HISPIRIR2103</u>			
DEL FALLECIDO	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Se ignora <input type="radio"/> 99 Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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 Dias Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos <u>67</u> Se ignora <input type="radio"/> 9			
	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"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9			
DEL FALLECIDO	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle CCUACHIBACÁN</u> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera 21 de marzo</u> 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>ciudad de zacatecas</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <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"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2			
	12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>MEDICO</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" 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 13.1 Número de seguridad social o afiliación			
DEL FALLECIDO	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 checked="" type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Zacatecas</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99			
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>117</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>Hospital</u> 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>ciudad de zacatecas</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa			
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>04/11/2020</u> <u>14:30</u> Día Mes Año Horas Minutos			
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
DEL FALLECIDO	18. ¿SE PRACTICÓ 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) <u>Síndrome metabólico respiratorio agudo</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía Atípica</u> Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) 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 morbo que la produjo			
	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			
MUEERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	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 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 Se ignora <input type="radio"/> 9 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 <u>Rodrigo</u> <u>Torres</u> <u>Rodriguez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>			
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>7543300</u> Número de la cédula profesional			
DEL CERTIFICANTE	27. NOMBRE <u>León Francisco</u> <u>Ruiz</u> <u>Vale</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
	28. FIRMA <u>[Firma]</u>			
	29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad <u>117</u> <u>Hospital</u> 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>ciudad de zacatecas</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono			
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>04/11/2020</u> Día Mes Año			
DEL CERTIFICANTE	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA DE REGISTRO			
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			