



210831199

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

21083199

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>RN</u> Primer Apellido <u>Quirós</u> Segundo Apellido <u>Esparza</u>	
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>1</u> Mes <u>9</u> Año <u>2020</u>	
	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input 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)	
DEL FALLECIDO	5. CURP <u>_____</u>	
	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>_____</u> Para menores de un día: Horas <u>_____</u> Para menores de un mes: Días <u>_____</u> Para menores de un año: Meses <u>01</u> Años cumplidos <u>_____</u> Se ignora <input type="radio"/>	
DEL FALLECIDO	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input 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 Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>_____</u> <u>Colonia</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>San Nicolás</u> 10.3 Núm. Exterior <u>73520</u> 10.4 Núm. Interior <u>_____</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Cedral</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>_____</u> 10.8 Localidad <u>Cedral</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" 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 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
DEL FALLECIDO	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 checked="" 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 checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Prolongación</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Valentín Amador</u> 15.3 Núm. Exterior <u>73520</u> 15.4 Núm. Interior <u>_____</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Rivas Guillén</u> 15.7 Código Postal <u>73520</u> 15.8 Localidad <u>Salceda</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Salceda de Bravos Sánchez</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>1</u> Mes <u>9</u> Año <u>2020</u> Horas <u>06</u> Minutos <u>40</u>	
DE LA DEFUNCIÓN	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 PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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>Insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>_____</u> b) <u>Nexmona por COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>_____</u> c) <u>Prematuridad</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>_____</u> d) <u>Displasia broncopulmonar</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>_____</u> 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 <u>_____</u>	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	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? 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 <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"/> 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 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>_____</u> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>_____</u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>_____</u> 22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad <u>_____</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>_____</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>_____</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>_____</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>_____</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>_____</u> 22.7.7 Código Postal <u>_____</u> 22.7.8 Localidad <u>_____</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>_____</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>_____</u>	
	23. NOMBRE Nombre(s) <u>Abelardo</u> Primer Apellido <u>Mojón</u> Segundo Apellido <u>Esparza</u>	
	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Padre</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"/> *Especifique <u>6723575</u> Número de la cédula profesional	
	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 27. NOMBRE Nombre(s) <u>Erik</u> Primer Apellido <u>García</u> Segundo Apellido <u>Sánchez</u>	
	28. FIRMA <u>_____</u>	
	29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Prolongación</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Valentín Amador</u> <u>Rivas Guillén</u> 29.3 Núm. Exterior <u>73520</u> 29.4 Núm. Interior <u>_____</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Salceda</u> 29.7 Código Postal <u>73520</u> 29.8 Localidad <u>Salceda de Bravos Sánchez</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u>7352060100</u>	
DEL REG. CIVIL	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>1</u> Mes <u>9</u> Año <u>2020</u>	
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <u>_____</u> Libro Núm. <u>_____</u>	
DEL REG. CIVIL	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>_____</u>	
	33. FECHA DE REGISTRO Día <u>_____</u> Mes <u>_____</u> Año <u>_____</u>	