

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <div>ANGELINA Nombre(s)</div> <div>HERRANDEZ Primer Apellido</div> <div>QUISTIANO Segundo Apellido</div>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <div>02/08/1954 Día Mes Año</div>	
3. SEXO <div>Hombre <input type="radio"/>1</div> <div>Mujer <input checked="" type="radio"/>2</div> <div>Se ignora <input type="radio"/>9</div>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <div>SAN LUIS POTOSI Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</div>	
5. CURP <div>HEQA540802MSP24S06 Se ignora <input type="radio"/>99</div>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <div>No <input checked="" type="radio"/>2</div> <div>Se ignora <input type="radio"/>9</div>	
7. NACIONALIDAD <div>Mexicana <input checked="" type="radio"/>1</div> <div>Otra <input type="radio"/>2 → Especifique</div>	
8. EDAD CUMPLIDA <div>Para menores de una hora: <input type="text"/> Minutos</div> <div>Para menores de un día: <input type="text"/> Horas</div> <div>Para menores de un mes: <input type="text"/> Días</div> <div>Para menores de un año: <input type="text"/> Meses</div> <div>Para personas de un año o más: 066 Años cumplidos</div> <div>Se ignora <input type="radio"/>9</div>	
9. ESTADO CONYUGAL <div>En unión libre <input checked="" type="radio"/>4</div> <div>Separado(a) <input type="radio"/>6</div> <div>Viudo(a) <input type="radio"/>2</div> <div>Casado(a) <input type="radio"/>5</div> <div>Divorciado(a) <input type="radio"/>3</div> <div>Soltero(a) <input type="radio"/>1</div> <div>Se ignora <input type="radio"/>9</div>	
10. RESIDENCIA HABITUAL <div>Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): CALLE 10.1 Tipo de vialidad</div> <div>108 COLONIA 10.2 Nombre de la vialidad</div> <div>10.3 Núm. Exterior: 713139 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: SAN LUIS POTOSI 10.6 Nombre del asentamiento humano</div> <div>713139 SAN LUIS POTOSI 10.7 Código Postal 10.8 Localidad</div> <div>10.9 Municipio o Alcaldía: SAN LUIS POTOSI 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): SAN LUIS POTOSI</div>	
11. ESCOLARIDAD <div>Ninguna <input checked="" type="radio"/>1</div> <div>Preescolar <input type="radio"/>12</div> <div>Primaria <input type="radio"/>3</div> <div>Secundaria <input type="radio"/>5</div> <div>Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>7</div> <div>Profesional <input type="radio"/>8</div> <div>Posgrado <input type="radio"/>10</div> <div>Se ignora <input type="radio"/>99</div> <div>11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/>1 Incompleta <input type="radio"/>2</div>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <div>HOGAR Se ignora <input type="radio"/>99</div> <div>12.1 Trabajaba: Si <input type="radio"/>1 No <input checked="" type="radio"/>2 Se ignora <input type="radio"/>9</div>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>Ninguna <input checked="" type="radio"/>1</div> <div>ISSSTE <input type="radio"/>3</div> <div>SEDENA <input type="radio"/>5</div> <div>Seguro Popular <input type="radio"/>7</div> <div>Otra <input type="radio"/>8</div> <div>IMSS <input type="radio"/>2</div> <div>PEMEX <input type="radio"/>4</div> <div>SEMAR <input type="radio"/>6</div> <div>IMSS PROSPERA <input type="radio"/>10</div> <div>Se ignora <input type="radio"/>99</div> <div>13.1 Número de seguridad social o afiliación</div>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/>1</div> <div>IMSS <input type="radio"/>3</div> <div>PEMEX <input type="radio"/>5</div> <div>SEMAR <input type="radio"/>7</div> <div>IMSS PROSPERA <input type="radio"/>2</div> <div>ISSSTE <input type="radio"/>4</div> <div>SEDENA <input type="radio"/>6</div> <div>Otra unidad pública <input type="radio"/>8</div> <div>Unidad médica privada <input type="radio"/>9</div> <div>14.1 Nombre de la unidad médica</div> <div>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</div> <div>Via pública <input type="radio"/>10</div> <div>Otro lugar <input type="radio"/>12</div> <div>Hogar <input type="radio"/>11</div> <div>Se ignora <input type="radio"/>99</div>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>15.1 Tipo de vialidad: PROMOCION 15.2 Nombre de la vialidad</div> <div>1112 COLONIA 15.3 Núm. Exterior: 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: SOLANO DE GARCIA 15.6 Nombre del asentamiento humano</div> <div>713436 SOLANO DE GARCIA 15.7 Código Postal 15.8 Localidad</div> <div>15.9 Municipio o Alcaldía: SOLANO DE GARCIA 15.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI</div>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>15/11/2020 Día Mes Año</div> <div>2334 Horas Minutos</div>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>Si <input checked="" type="radio"/>1</div> <div>No <input type="radio"/>2</div> <div>Se ignora <input type="radio"/>9</div>	
18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? <div>Si <input type="radio"/>1</div> <div>No <input checked="" type="radio"/>2</div>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <div>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) NEUMONIA SARS-COV-2 Debido a (o como consecuencia de)</div> <div>CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d)</div> <div>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA DIABETES MELITUS TIP 2</div> <div>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 6 AÑOS AÑOS AÑOS</div> <div>Código CIE</div>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <div>Código CIE</div>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <div>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</div> <div>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/>1 No <input type="radio"/>2</div> <div>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/>1 No <input type="radio"/>2</div>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: <div>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</div> <div>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</div> <div>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/>0 Área deportiva (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/>6 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 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/>7 Otro <input type="radio"/>8 Se ignora <input type="radio"/>9</div> <div>22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)</div> <div>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</div> <div>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</div> <div>22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa</div>	
23. NOMBRE <div>MARIA Nombre(s)</div> <div>HERRANDEZ Primer Apellido</div> <div>QUISTIANO Segundo Apellido</div>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Hija</div>	
25. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante <input checked="" type="radio"/>1</div> <div>Médico legista <input type="radio"/>2</div> <div>Otro médico* <input type="radio"/>3</div> <div>Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>4</div> <div>Autoridad civil* <input type="radio"/>5</div> <div>Otro* <input type="radio"/>8</div> <div>*Especifique</div>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>10107709 Número de la cédula profesional</div>	
27. NOMBRE <div>RAL ALFONSO Nombre(s)</div> <div>DIAZ Primer Apellido</div> <div>HERRANDEZ Segundo Apellido</div>	
28. FIRMA <div>[Firma]</div>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO <div>29.1 Tipo de vialidad: PROMOCION 29.2 Nombre de la vialidad: VALIENTE ARRIAGA 29.3 Núm. Exterior: 1112 29.4 Núm. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: SOLANO DE GARCIA 29.6 Nombre del asentamiento humano</div> <div>713436 SOLANO DE GARCIA 29.7 Código Postal 29.8 Localidad</div> <div>713436 SOLANO DE GARCIA 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI</div> <div>29.11 Teléfono: 8260100</div>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>15/11/2020 Día Mes Año</div>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	