

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

210833261

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSEREN DE SU EXPEDICIÓN DE SUJETO OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSEREN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Maria Francisca Hernandez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2 Se ignora ☐ 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>10/10/1952</u> Día Mes Año		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Se ignora ☐ 9 Otra ☐ 2 Especifique	
5. CURP <u>HIEIAF151210141014MISIPBIA131014</u> Se ignora ☐ 99		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>13</u> Para menores de un día: Horas <u>10</u> Para menores de un mes: Días <u>10</u> Para menores de un año: Meses <u>10</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>61</u> Se ignora ☐ 9		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ 6 Viudo(a) ☒ 2 Casado(a) ☐ 5 En unión libre ☐ 4 Divorciado(a) ☐ 3 Soltero(a) ☐ 1 Se ignora ☐ 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>131 Localidad Nueva Ayotaxco</u> <u>129191310 Axte de Tenebras</u> <u>10.8 Localidad</u> <u>10.9 Municipio o Alcaldía</u> <u>10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</u>		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Preescolar ☐ 12 Primaria ☒ 3 Secundaria ☐ 5 Bachillerato o preparatoria ☐ 7 Profesional ☐ 8 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 99 Completa ☒ 1 Incompleta ☐ 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Uso exclusivo del personal codificador</u> 12.1 Trabajaba Si ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9 13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de ☐ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 IMSS PROSPERA ☒ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 IMSS PROSPERA ☐ 10 Se ignora ☐ 99 Otra unidad pública ☐ 8 Unidad médica privada ☐ 9		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>136</u> <u>15.1 Tipo de vivienda</u> <u>15.2 Nombre de la vivienda</u> <u>15.3 Num. Exterior</u> <u>15.4 Num. Interior</u> <u>15.5 Tipo de asentamiento humano</u> <u>15.6 Nombre del asentamiento humano</u> <u>15.7 Código Postal</u> <u>15.8 Localidad</u> <u>15.9 Municipio o Alcaldía</u> <u>15.10 Entidad federativa</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>10/10/2021</u> <u>10:13</u> Día Mes Año Horas Minutos	
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>Causa antecedente</u> b) <u>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</u> c) <u>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</u> d) <u>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si ☐ 1 No ☒ 2	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		23. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>9568896</u> Número de la cédula profesional	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico* ☒ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil* ☐ 5 Otro* ☐ 8 *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>9568896</u> Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE <u>Jose Alejandro</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA <u>[Firma]</u>		29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>136</u> <u>29.1 Tipo de vivienda</u> <u>29.2 Nombre de la vivienda</u> <u>29.3 Num. Exterior</u> <u>29.4 Num. Interior</u> <u>29.5 Tipo de asentamiento humano</u> <u>29.6 Nombre del asentamiento humano</u> <u>29.7 Código Postal</u> <u>29.8 Localidad</u> <u>29.9 Municipio o Alcaldía</u> <u>29.10 Entidad federativa</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>10/10/21</u> Día Mes Año		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA o JUZGADO Núm. <u>1</u> Libro Núm. <u>1</u> 31.1 Acta Núm. <u>1</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>136</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día <u>10</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u>	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD