

210837173



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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

210837173

DE LA DEFUNCIÓN
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL FALLECIDO

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

| | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|--|---|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) | Estela Gomez Alvarez | | | | | | |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO | Día 06 Mes 06 Año 1939 | 3. SEXO | Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO | SLP | | |
| 5. CURP | GOAE13906064SPULS02 | | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? | Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | 7. NACIONALIDAD | Mexicana <input checked="" type="radio"/> Extranjera <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 8. EDAD CUMPLIDA | Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos _____ | Para menores de un día <input type="radio"/> Horas _____ | Para menores de un mes <input type="radio"/> Días _____ | Para menores de un año <input type="radio"/> Meses _____ | Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos _____ | 8.1 Para menores de 28 días anote: | |
| 8.2 Semanas de gestación: | 8.3 Peso (gramos): | 9. ESTADO CONYUGAL | Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 | Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 | Casado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 | Se ignora <input type="radio"/> | |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL | Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) | | 10.1 Tipo de vialidad | 11606 Calle Colón | 10.2 Nombre de la vialidad | 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano | |
| 10.6 Nombre del asentamiento humano | 10.7 Código Postal | 10.8 Localidad | 10.9 Municipio o Alcaldía | 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) | SLP | | |
| 11. ESCOLARIDAD | Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 | Primaria <input type="radio"/> 3 Profesional <input type="radio"/> 8 | Secundaria <input type="radio"/> 5 Posgrado <input type="radio"/> 10 | 11.1 La escolaridad seleccionada es: | 12. Ocupación Habitual | Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD | Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> | ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 | Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 | Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99 | 13.1 Número de seguridad social o afiliación | | |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN | Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 | Unidad médica privada <input type="radio"/> 8 | 14.1 Nombre de la unidad médica | 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 | Otro lugar <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 99 | |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN | 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano | 15.6 Nombre del asentamiento humano | 15.7 Código Postal | 15.8 Localidad | 15.9 Municipio o Alcaldía | 15.10 Entidad federativa | |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN | 15.1 Tipo de vialidad | 15.2 Nombre de la vialidad | 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano | 15.6 Nombre del asentamiento humano | SGS | SGP | |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) | <p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) Debido a (o como consecuencia de) SIRA 7</p> <p>b) Debido a (o como consecuencia de) Neumonía Pneumocovid 10 días</p> <p>c) Debido a (o como consecuencia de) HAS +10 días</p> <p>d)</p> <p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo</p> | | | | | | |
| 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 | 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 | Uso exclusivo del personal codificador Código CIE |
| 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 | No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 | Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | | | | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE | 22.1 Fué 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? | Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 | Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 6 | 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 | 22.7.1 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 | Blanca ESTELA RIOS Gomez | Primer Apellido | Segundo Apellido | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) | Hija | | |
| Nombre(s) | | | | 25. CERTIFICADA POR | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO | | |
| Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 | Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 | Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8 | *Especifique | 5461793 | Número de la cédula profesional | | |
| 27. NOMBRE | Dr. Claudio Márquez Ruiz | Primer Apellido | Segundo Apellido | 28. FIRMA | | | |
| Nombre(s) | | | | | | | |
| 29. DOMICILIO y TELÉFONO | Av. Valentín Gómez 1117 | 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 | | |
| Rivas Guillen | SGS | 783416 | SGS | 446107600 | | | |
| 29.6 Nombre del asentamiento humano | 29.7 Código Postal | 29.8 Localidad | 29.11 Teléfono | Día Mes Año | | | |
| 29.9 Municipio o Alcaldía | 29.10 Entidad federativa | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN | | | | | |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO | 32.1 Localidad | | | | | |
| Núm. _____, Libro Núm. _____ | 32.2 Municipio o Alcaldía | 32.3 Entidad federativa | 32.4 Día Mes Año | | | | |
| 31.1 Acta Núm. _____ | 32.4 Día Mes Año | | | | | | |