



Modelo 2017.1

FOLIO

210837589

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

210837589

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <div>Mania de Jesus Robledo Juache</div> <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <div>05 02 1953</div> <div>Día Mes Año</div>	
3. SEXO <div>Hombre 01 Mujer 02 Se ignora 09</div>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <div>San Luis Potosi</div> <div>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</div>	
5. CURP <div>R0JJS3020SMSPBCS01</div> <div>Se ignora 099</div>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <div>Si 01 No 02 Se ignora 09</div>	
7. NACIONALIDAD <div>Mexicana 01 Otra 02</div> <div>Se ignora 099</div>	
8. EDAD CUMPLIDA <div>Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos</div> <div>6 7</div> <div>Se ignora 099</div>	
9. ESTADO CONYUGAL <div>En unión libre 04 Separado(a) 06 Viudo(a) 02 Casado(a) 05 Divorciado(a) 03 Soltero(a) 01 Se ignora 09</div>	
10. RESIDENCIA HABITUAL <div>Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)</div> <div>10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad</div> <div>10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano</div> <div>10.6 Nombre del asentamiento humano</div> <div>10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</div>	
11. ESCOLARIDAD <div>Ninguna 01 Preescolar 02 Primaria 03 Secundaria 05 Bachillerato o preparatoria 07 Profesional 08 Posgrado 10 Se ignora 099</div> <div>11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 01 Incompleta 02</div>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <div>Hogar</div> <div>12.1 Trabajaba Si 01 No 02 Se ignora 09</div>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>Ninguna 01 ISSSTE 03 SEDENA 05 Seguro Popular 07 Otra 08 IMSS 02 PEMEX 04 SEMAR 06 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 099</div> <div>13.1 Número de seguridad social o afiliación</div>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Secretaría de Salud 01 IMSS 03 PEMEX 05 SEMAR 07 IMSS PROSPERA 02 ISSSTE 04 SEDENA 06 Otra unidad pública 08 Unidad médica privada 09</div> <div>14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</div>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad</div> <div>15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano</div> <div>15.6 Nombre del asentamiento humano</div> <div>15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa</div>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>2 0 0 1 2 0 2 1 0 3 0 5</div> <div>Día Mes Año Horas Minutos</div>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>Si 01 No 02 Se ignora 09</div>	
18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? <div>Si 01 No 02</div>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paró cardíaco, asfisia, etc.) <div>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</div> <div>a) Choque séptico</div> <div>Debido a (o como consecuencia de)</div> <div>b) Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda</div> <div>Debido a (o como consecuencia de)</div> <div>c) Neumonía</div> <div>Debido a (o como consecuencia de)</div> <div>d) Hipertensión Arterial Sistémica</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</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 01 El parto 02 El puerperio 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 05</div> <div>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si 01 No 02</div> <div>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si 01 No 02</div>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>22.1 Fue un presunto: Accidente 01 Homicidio 02 Suicidio 03 Se ignora 09</div> <div>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si 01 No 02 Se ignora 09</div> <div>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 00 Área deportiva 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 01 Calle o carretera (vía pública) 04 Escuela u oficina pública 02 Área comercial o de servicio 05 Se ignora 09</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:</div> <div>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</div>	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <div>22.7.1 Tipo de vialidad 22.7.2 Nombre de la vialidad</div> <div>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>Mania del Carmen Robledo Juache</div> <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>hija</div>	
25. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante 01 Médico legista 02 Otro médico 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 04 Autoridad civil 05 Otro 08</div> <div>*Especifique</div>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>5972827</div> <div>Número de la cédula profesional</div>	
27. NOMBRE <div>Alejandro Gomez Zayas k.</div> <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>	
28. FIRMA <div></div>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO <div>29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad</div> <div>29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano</div> <div>29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad</div> <div>29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono</div>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>2 0 0 1 2 0 2 1</div> <div>Día Mes Año</div>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <div>Núm. Libro Núm.</div> <div>31.1 Acta Núm.</div>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>32.1 Localidad</div> <div>32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año</div>	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD