



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

FOLIO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Ignacio Hernandez Morales				
		Nombre(s)	Primer Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
207 19 54 Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	San Luis Potosí 24 Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD			
HEM1540722HSPRRG02		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> → Especifique			
8. EDAD CUMPLIDA		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
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos)			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad			10.2 Nombre de la vialidad	
60		Chilcuitl			Noria	
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano			10.6 Nombre del asentamiento humano	
		Tamaulipas			San Luis Potosí	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad			10.9 Municipio o Alcaldía	
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)						
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:			12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/>		Preescolar <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>	Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input checked="" type="checkbox"/>	Albañil <input type="checkbox"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/>	ISSSTE <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/>	SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/>	Seguro Popular <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/>	Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.10 Entidad federativa	
60		Chilcuitl	Noria	Tamaulipas	San Luis Potosí	
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano	15.9 Municipio o Alcaldía	15.11 Entidad federativa		
15.7 Código Postal		15.8 Localidad	15.12 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	15.13 Número de teléfono	Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Dia <input type="checkbox"/> 16.2 Mes <input type="checkbox"/> 16.3 Año <input type="checkbox"/> 16.4 Horas <input type="checkbox"/> 16.5 Minutos <input type="checkbox"/>	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Uso exclusivo del personal codificador	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Causa 1: Insuficiencia Respiratoria Debido a (o como consecuencia de)			Código CIE	
PARTE I Enfermedad, lesión o estadio patológico que produjo la muerte directamente		19.2 Causa 2: Bronquitis Crónica Debido a (o como consecuencia de)			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		19.3 Causa 3: Insuficiencia Cardíaca Debido a (o como consecuencia de)			1 min.	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estadio morbo que la produjo		19.4 Causa 4: Tuberculosis Pulmonar			9 a.	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Uso exclusivo del personal codificador	
El embarazo <input type="checkbox"/>		El parto <input type="checkbox"/>	El puerperio <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/>		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>				
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial <input type="checkbox"/> (taller, fábrica u oficina)	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/>	Área deportiva <input type="checkbox"/> (calle o carretera) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/>		
Accidente <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	Calle o carretera <input type="checkbox"/> (vía pública) <input type="checkbox"/>	Granja <input type="checkbox"/> (rancho o parcela) <input type="checkbox"/>		
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	Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
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			
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía	22.7.10 Entidad federativa		
23. NOMBRE		Primer Apellido	Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
María Luisa Hernandez Rubio				Hija.		
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				
Médico tratante <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/>		Médico legista <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro * <input type="checkbox"/>	26.1 Número de la cédula profesional			
		*Especifique				
27. NOMBRE		Primer Apellido	Segundo Apellido	28. FIRMA		
Cristina Martínez Bonilla				<i>Cristina Martínez Bonilla</i>		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		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
16 de Septiembre 7991601		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
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono
Tamaulipas		29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
Número 01, Libro Num. 05		32.1 Localidad	Tamaulipas			

ENTREGUE EL ORIGINAL A 1^a COPIA (ROSA) Y A 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 SUSPECTOS ORIGINADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

210841017

卷之三

INVERTEBRATES ACCIDENTAL

卷之三

DEI PEC