



Modelo ZU17.1

FOLIO

210846867210846867210846867210846867210846867

210846867

DEL FALLECIDO

LA DEFINICIÓN

MUERTES ACCIDENTALES

DEI CERTIFICANTE

၆၂

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <div>Placido</div> <div>Leal</div> <div>Hernández</div>		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <div>25/10/1975</div> <div>Día Mes Año</div>		3. SEXO <div>Hombre</div> <div>Mujer</div> <div>Se ignora</div>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <div>San Luis Potosí</div> <div>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</div>			
5. CURP <div>LENP11-10-0511-PPR109</div> <div>Se ignora</div>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <div>Sí</div> <div>No</div> <div>Se ignora</div>		7. NACIONALIDAD <div>Mexicana</div> <div>Otra</div> <div>Se ignora</div>			
8. EDAD CUMPLIDA <div>Para menores de una hora</div> <div>Para menores de un día</div> <div>Para menores de un mes</div> <div>Para menores de un año</div> <div>Para personas de un año o más</div> <div>75</div> <div>Años cumplidos</div>		9. ESTADO CONYUGAL <div>En unión libre</div> <div>Separado(a)</div> <div>Divorciado(a)</div> <div>Viudo(a)</div> <div>Casado(a)</div> <div>Se ignora</div>					
10. RESIDENCIA HABITUAL <div>94</div> <div>10.1 Tipo de vialidad</div> <div>10.2 Nombre de la vialidad</div> <div>10.3 Núm. Exterior</div> <div>10.4 Núm. Interior</div> <div>10.5 Tipo de asentamiento humano</div> <div>10.6 Nombre del asentamiento humano</div> <div>10.7 Código Postal</div> <div>10.8 Localidad</div> <div>10.9 Municipio o Alcaldía</div> <div>10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</div>							
11. ESCOLARIDAD <div>Ninguna</div> <div>Preescolar</div> <div>Primaria</div> <div>Secundaria</div> <div>Bachillerato o preparatoria</div> <div>Profesional</div> <div>Posgrado</div> <div>Se ignora</div>		11.1 La escolaridad seleccionada es: <div>Completa</div> <div>Incompleta</div> <div>Otra</div>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <div>12.1 Trabajaba</div> <div>Sí</div> <div>No</div> <div>Se ignora</div>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>Ninguna</div> <div>ISSSTE</div> <div>SEDENA</div> <div>Seguro Popular</div> <div>Otra</div> <div>IMSS</div> <div>PEMEX</div> <div>SEMAR</div> <div>IMSS PROSPERA</div> <div>Se ignora</div>		13.1 Número de seguridad social o afiliación <div>3409000442-8</div>					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Secretaría de Salud</div> <div>IMSS</div> <div>IMSS PROSPERA</div> <div>ISSSTE</div> <div>SEDENA</div> <div>Otra unidad pública</div> <div>Unidad médica privada</div> <div>14.1 Nombre de la unidad médica</div> <div>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</div> <div>Via pública</div> <div>Otro lugar</div> <div>Hogar</div> <div>Se ignora</div>							
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>94</div> <div>15.1 Tipo de vialidad</div> <div>15.2 Nombre de la vialidad</div> <div>15.3 Núm. Exterior</div> <div>15.4 Núm. Interior</div> <div>15.5 Tipo de asentamiento humano</div> <div>15.6 Nombre del asentamiento humano</div> <div>15.7 Código Postal</div> <div>15.8 Localidad</div> <div>15.9 Municipio o Alcaldía</div> <div>15.10 Entidad federativa</div>							
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>30/03/2020</div> <div>Día Mes Año</div> <div>Horas</div> <div>Minutos</div>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>Sí</div> <div>No</div> <div>Se ignora</div>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <div>Sí</div> <div>No</div> <div>Se ignora</div>			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <div>PARTE I</div> <div>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</div> <div>a) Debido a (o como consecuencia de)</div> <div>b) Debido a (o como consecuencia de)</div> <div>c) Debido a (o como consecuencia de)</div> <div>d) Debido a (o como consecuencia de)</div> <div>PARTE II</div> <div>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo</div>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>3 hr</div> <div>6 hr</div>		Código CIE			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <div>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:</div> <div>El embarazo</div> <div>El parto</div> <div>El puerperio</div> <div>43 días a 11 meses después del parto o aborto</div> <div>No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte</div>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <div>Sí</div> <div>No</div>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <div>Sí</div> <div>No</div>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <div>Código CIE</div>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>22.1 Fue un presunto</div> <div>Accidente</div> <div>Homicidio</div> <div>Suicidio</div> <div>Se ignora</div>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <div>Sí</div> <div>No</div> <div>Se ignora</div>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión <div>Vivienda particular</div> <div>Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)</div> <div>Escuela u oficina pública</div> <div>Área deportiva</div> <div>Calle o carretera (vía pública)</div> <div>Área comercial o de servicio</div> <div>Área industrial (taller, fábrica u obra)</div> <div>Granja (rancho o parcela)</div> <div>Otro</div> <div>Se ignora</div>		22.4 Añote 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></div>					
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <div></div>		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 <div>Concepción</div> <div>Leal</div> <div>Villal</div> <div>Nombre(s)</div> <div>Primer Apellido</div> <div>Segundo Apellido</div>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Hijo</div>					
25. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante</div> <div>Médico legista</div> <div>Otro médico</div> <div>Persona autorizada por la Secretaría de Salud</div> <div>Autoridad civil</div> <div>Otro</div>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>603021</div> <div>Número de la cédula profesional</div>					
27. NOMBRE <div>Adrián</div> <div>Lozano</div> <div>Herrera</div> <div>Nombre(s)</div> <div>Primer Apellido</div> <div>Segundo Apellido</div>		28. FIRMA <div></div>					
29. DOMICILIO y TELÉFONO <div>29.1 Tipo de vialidad</div> <div>29.2 Nombre de la vialidad</div> <div>29.3 Núm. Exterior</div> <div>29.4 Núm. Interior</div> <div>29.5 Tipo de asentamiento humano</div> <div>29.6 Nombre del asentamiento humano</div> <div>29.7 Código Postal</div> <div>29.8 Localidad</div> <div>29.9 Municipio o Alcaldía</div> <div>29.10 Entidad federativa</div> <div>29.11 Teléfono</div>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>02/09/2020</div> <div>Día Mes Año</div>					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div></div>					