

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN.

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

[712240523]

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL(LE/LA) FALLECIDO(A) Lecanio Montano		2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 1 2 0 9 1 9 3 3		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Veracruz
5. CURP MEVL330912HTSNRNO1		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐	
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 0 9 8 Se ignora ☐		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☒ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Se ignora ☐			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) 10.1 Tipo de asentamiento humano: Barrio 10.2 Nombre de la localidad: Toluca 10.3 Núm. Exterior: 111 10.4 Núm. Interior: 766410 10.5 Tipo de asentamiento humano: Urbanización 10.6 Localidad: Toluca 10.7 Código Postal: 766410 10.8 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 10.9 Entidad federativa: San Luis Potosí					
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ Incompleta ☐ 12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba ☐ Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 12.1 Número de seguridad social o afiliación:					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Seg. Popular / INSABI ☐ Otra ☐ Se ignora ☐ 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital comunitario tamarunchele IMSS BIENESTAR ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital comunitario tamarunchele 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Carretera 15.2 Nombre de la localidad: Tamarunchele - San Martín K.M. 6.5 15.3 Núm. Exterior: 79960 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: Urbanización 15.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 15.7 Código Postal: 79960 15.8 Localidad: Tamarunchele 15.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Hora Minutos 0 5 0 9 2 1 0 1 0 4 1 0 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐ 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒					
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN. (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Insuficiencia respiratoria aguda b) Caso confirmado de covid-19 c) Neumonía adquirida en la comunidad Debido a (o) como consecuencia de: PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: Artritis reumatoide Hipertensión arterial sistémica Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 6 horas 9 días 9 días 10 años 15 años					
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒ 21.3 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒ 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? No ☒ Sí ☐ Se ignora ☐ 22.3 ¿Vivienda particular? Área deportiva? Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)? Escuela u oficina pública? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) Granja (rancho o parcela) Otro lugar Se ignora ☐ 22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. 22.6 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. 22.7 Tipo de vivienda: 22.8 Nombre de la localidad: 22.9 Tipo de asentamiento humano: 22.10 Nombre del asentamiento humano: 22.11 Código Postal: 22.12 Localidad: 22.13 Municipio o Alcaldía: 22.14 Entidad federativa:					
23. NOMBRE Nombre(s): Martha Montano Primer Apellido: Castañeda Segundo Apellido: Hija 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija 25. CERTIFICADA POR Médico legista ☐ Médico tratante ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 12064074 27. FIRMA Firma: [Firma] 28. DOMICILIO Y TELÉFONO Tipo de vivienda: Carretera Nombre de la localidad: Tamarunchele - San Martín K.M. 6.5 Núm. Exterior: 79960 Núm. Interior: La Pithaya Tipo de asentamiento humano: Urbanización Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí Entidad federativa: San Luis Potosí 29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año 0 5 0 9 2 1 0 1 0					
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm.: Libro Num.: 31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Localidad: Municipio o Alcaldía: Entidad federativa: Día Mes Año:					

COPIA QUE REMITE LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA COPIA PARA INTEGRAR LA

1 Acta Num. 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad Federativa 32.4 Fecha

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