

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE OCHO (8) DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

**MUERTES ACCIDENTES
Y VIOLENTAS**

1. NOMBRE DEL(DEL(A) FALLECIDO(A)) Francisco Olivera Silva		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Guatemala	
2. FECHA DE NACIMIENTO 11/05/1940 <small>Día Mes Año</small>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
5. CURP OLBF400511MOTLLR05		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: _____ Para menores de un día: _____ Para menores de un mes: _____ Para menores de un año: _____ Para personas de un año o más: 81 Años cumplidos	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		8.2 Semanas de gestación: _____		8.3 Peso (gramos): _____	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9					
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) Carretera Adolfo Lopez Mateos 10.1 Tipo de vialidad: Carretera 10.2 Nombre de la vialidad: Adolfo Lopez Mateos					
10.3 Núm. Exterior : 79900		10.4 Núm. Interior : Xilitla		10.5 Tipo de asentamiento humano : Xilitla	
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 Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Tercera <input type="radio"/> 6 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2					
12. OCUPACIÓN HABITUAL Mecánico 12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input checked="" type="radio"/> 7 OTRA <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 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"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica: _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____ Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Carretera Adolfo Lopez Mateos 15.1 Tipo de vialidad: Carretera 15.2 Nombre de la vialidad: Adolfo Lopez Mateos					
15.3 Núm. Exterior : 79900		15.4 Núm. Interior : Xilitla		15.5 Tipo de asentamiento humano : Xilitla	
15.7 Código Postal : _____		15.8 Localidad : _____		15.9 Municipio o Alcaldía : _____	
15.10 Entidad federativa : San Luis Potosí					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 23/08/2021 22:30 <small>Día Mes Año Horas Minutos</small>					
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9				18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Distres respiratoria Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Neumonía Atípica Debido a (o como consecuencia de) _____ c) SARS COV2 Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica e) _____ f) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo g) _____ h) _____ Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 4 días 4 días 4 días Código CIE J049 J20 U071					
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE I22					
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 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue 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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión 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 obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 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 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: _____					