

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

212248405

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) HONORIA Nombre(s)		Bautista Primer Apellido		Martínez Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 30/12/1939 Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO HIDALGO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP BAMH391230NHGITSNOC		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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 81 Se ignora <input type="radio"/>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) 10.1 Tipo de vivienda: PROLONERACION 10.2 Nombre de la vivienda: EDUCACION 10.3 Núm. Exterior: 02 10.4 Núm. Interior: COLOALIA 10.5 Tipo de asentamiento humano: XEW 10.6 Nombre del asentamiento humano: SAN LUIS POTOSI 10.7 Código Postal: TAMAZUNCHALE 10.8 Localidad: Tamazunchale 10.9 Municipio o Alcaldía: Tamazunchale 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): SAN LUIS POTOSI		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL AMA DE CASA Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación: RABT-0000000000			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica: TAMAZUNCHALE 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 0000000000			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: PUEBLO 15.2 Nombre de la vivienda: Tamazunchale 15.3 Núm. Exterior: 79966 15.4 Núm. Interior: TAMAZUNCHALE 15.5 Tipo de asentamiento humano: Tamazunchale 15.6 Nombre del asentamiento humano: SAN LUIS POTOSI 15.7 Código Postal: TAMAZUNCHALE 15.8 Localidad: Tamazunchale 15.9 Municipio o Alcaldía: Tamazunchale 15.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 16/08/2021 11:54 Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) NEUMONIA Debido a (o como consecuencia de) b) COVID 19 Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA HIPOTIROIDISMO		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 9 días 9 días 10 AÑOS 10 AÑOS Código CIE	
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 <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) HIJA	
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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda 22.7.2 Nombre de la vivienda 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 JUANA Nombre(s)		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) HIJA	
23.1 Primer Apellido RAMIREZ		23.2 Segundo Apellido BAUTISTA			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 4469118 Número de la cédula profesional		27. NOMBRE CLAUDIA Nombre(s)	
27.1 Primer Apellido HERNÁNDEZ		27.2 Segundo Apellido GARCÍA		28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda 29.2 Nombre de la vivienda 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano ZACATIDAN 29.6 Nombre del asentamiento humano TAMAZUNCHALE 29.7 Código Postal 79960 29.8 Localidad SAN LUIS POTOSI 29.9 Municipio o Alcaldía Tamazunchale 29.10 Entidad federativa SAN LUIS POTOSI 29.11 Teléfono 4469118		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 16/08/2021 Día Mes Año			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año			

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE SU EXPEDICIÓN DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES

212248405