

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

212248517

<p>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Javier Martinez Bautista</p> <p>Primer Apellido Segundo Apellido</p>	
<p>2. FECHA DE NACIMIENTO 24/11/1971</p> <p>Día Mes Año</p>	
<p>3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></p>	
<p>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SLP</p> <p>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</p>	
<p>5. CURP MABJ711124HSPTV02</p> <p>Se ignora <input type="radio"/> 99</p>	
<p>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></p>	
<p>7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique</p>	
<p>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 049 Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 99</p>	
<p>8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):</p>	
<p>9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9</p>	
<p>10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) Conocido Rancho Nuevo</p> <p>10.1 Tipo de vivienda Localidad Rancho Nuevo</p> <p>10.2 Nombre de la vivienda</p> <p>10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano Tamazunchale 10.6 Nombre del asentamiento humano SLP</p> <p>10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</p>	
<p>11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato preparatoria <input checked="" type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>11.1 La escolaridad seleccionada es: Tornalero Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p>	
<p>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 2 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input 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</p> <p>13.1 Número de seguridad social: MAAU950415/5 afiliación</p>	
<p>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 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9</p> <p>14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</p>	
<p>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Colonias Zacatipan</p> <p>15.1 Tipo de vivienda Tamazunchale 15.2 Nombre de la vivienda SLP</p> <p>15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano Tamazunchale 15.6 Nombre del asentamiento humano SLP</p> <p>15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa</p>	
<p>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 03/09/2021 04:40</p> <p>Día Mes Año Horas Minutos</p>	
<p>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p>	
<p>18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2</p>	
<p>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)</p> <p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) Insuficiencia Respiratoria Aguda 3 horas</p> <p>Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) Fibrosis Pulmonar Secuelas Cond 19 18 días</p> <p>Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica</p> <p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo</p> <p>IRC DmII 1 año 18 años</p>	
<p>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE</p>	
<p>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p>	
<p>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</p> <p>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</p> <p>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3</p> <p>Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4</p> <p>Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5</p> <p>22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>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</p>	
<p>22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</p> <p>22.7.1 Tipo de vivienda 22.7.2 Nombre de la vivienda</p> <p>22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano</p> <p>22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa</p>	
<p>23. NOMBRE Unel Mizram Martinez Antonio</p> <p>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</p>	
<p>24. PARIENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo</p>	
<p>25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3</p> <p>Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8</p> <p>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 7049363</p> <p>Número de la cédula profesional</p>	
<p>27. NOMBRE Branda Rocío Lopez Zavala</p> <p>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</p>	
<p>28. FIRMA</p>	
<p>29. DOMICILIO Y TELÉFONO Carretera Tamazunchale San Martín</p> <p>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</p> <p>Zacatipan 29.6 Nombre del asentamiento humano Tamazunchale 29.7 Código Postal SLP 29.8 Localidad</p> <p>29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono</p>	
<p>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 03/09/2021</p> <p>Día Mes Año</p>	
<p>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. Libro Núm.</p> <p>31.1 Acta Núm.</p>	
<p>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</p> <p>32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año</p>	

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

212248517