

D2205734409
IFIAS70ZSECRETARÍA DE SALUD SINBA
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN 434

FOLIO 212250066

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SI LA DEFUNCIÓN NO FUERA CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE TENER UNA LICENCIA CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS SUECTOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

212250066

G 11 50 UR6		1. NOMBRE DEL(FE)LA FALLECIDO(A)	Virginia Valencia	Primer Apellido	García	Segundo Apellido					
		2. FECHA DE NACIMIENTO	Z 11 05 1957	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	SAN LUIS POTOSI				
		Día Mes Año				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)					
DEL FALLECIDO		5. CURP	VAGV470521MSPLIKROF	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique				
		8. EDAD	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				
		Para menores de 28 días anote:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 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					
		10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el(fa) fallecido(a)	10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad						
		10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano						
		10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)						
DE LA DEFUNCIÓN		11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL						
		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" 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 privada <input type="radio"/> 9 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica:	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99						
		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad							
		15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano						
		15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa						
		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	16.1 Día	16.2 Mes	16.3 Año	16.4 Horas	16.5 Minutos	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	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Si <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, astenia, etc.)	Causas antecedentes: COVID-19, Paro respiratorio, Paro cardíaco, no especificado, Neumonía debida a otro virus.								
		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Debe a (o como consecuencia de)	b) Debe a (o como consecuencia de)	c) Debe a (o como consecuencia de)	d) Debe a (o como consecuencia de)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte:	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE			
		PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	Hipertensión arterial (hipertensión arterial crónica)								
		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)					
		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 estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión:	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)							
		22.1 Si la muerte fue accidental o violenta, especifique	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión:	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)						
		Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9							
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		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	22.7.1 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						
DEL INF.		23. NOMBRE	Natalia Marquez	Valencia	Hija	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido							
DEL CERTIFICANTE		25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO						
		27. NOMBRE	Lduardo Blasquez Diaz		Número de la cédula profesional:						
		29. DOMICILIO y TELÉFONO	Bulevard Mexico Laredo 914	29.1 Tipo de vialidad	28. FIRMA						
		29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad							
		29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono							
DEL REG. CIVIL		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN							
		Núm. _____ Libro Núm. _____	32.1 Localidad _____	30.1 Día							
		31. Acta Núm. _____	32.2 Municipio o Alcaldía _____	30.2 Mes							
			32.3 Entidad federativa _____	30.3 Año							
			32.4 Día								

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA