

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) Ma Cristina Reyes Santos		Nombre(s) Reyes		Primer Apellido Santos		Segundo Apellido Poloski	
2. FECHA DE NACIMIENTO 09/08/1960		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí			
5. CURP RES60080808MSPYNRI12		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"/> Especifique			
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: 06/1 Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) Calle Fraccionamiento 427			
10.1 Tipo de vialidad 1791010		10.2 Número de la vialidad 11921		10.3 Núm. Exterior 1791010		10.4 Núm. Interior 1791010	
10.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles		10.6 Nombre del asentamiento humano Ciudad Valles		10.7 Código Postal 77100		10.8 Localidad Ciudad Valles	
10.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Bachillerato <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>			
12. OCUPACIÓN HABITUAL 11921		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
13.1 Número de seguridad social o afiliación 0999809222-4F19600R		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General Zona #6			
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		14.3 Tipo de vialidad 914		14.4 Número de la vialidad 19 de Enero		14.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles	
14.6 Nombre del asentamiento humano Ciudad Valles		14.7 Código Postal 77100		14.8 Localidad Ciudad Valles		14.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí	
14.10 Entidad federativa San Luis Potosí		15. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 23/08/2021 17:18		16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
17. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Síndrome de dificultad respiratoria del adulto Debido a (o como consecuencia de) b) Síndrome infeccioso multisistémico asociado con COVID-19 Debido a (o como consecuencia de) c) COVID-19 Debido a (o como consecuencia de) d) Diabetes mellitus no especificada, con cetoacidosis PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 7 días 2 días 7 días 7 días			
19. 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"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE U09.0	
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 checked="" 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"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) 11921	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 914		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio Diabetes mellitus no especificada, con cetoacidosis		22.7 Anotar el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad 1791010 22.7.2 Número de la vialidad 1791010 22.7.3 Núm. Exterior 1791010 22.7.4 Núm. Interior 1791010 22.7.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles 22.7.6 Nombre del asentamiento humano Ciudad Valles 22.7.7 Código Postal 77100 22.7.8 Localidad Ciudad Valles 22.7.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí 22.7.10 Entidad federativa San Luis Potosí			
23. NOMBRE Jose Luis Medina Reyes		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique Subdirector			
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1617582		27. NOMBRE Edgardo Blasquez Diaz		28. FIRMA [Firma]			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad 19 de Enero 29.2 Número de la vialidad 1791010 29.3 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles 29.4 Nombre del asentamiento humano Ciudad Valles 29.5 Código Postal 77100 29.6 Localidad San Luis Potosí 29.7 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí 29.8 Entidad federativa San Luis Potosí 29.9 Teléfono 77100		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 23/08/2021		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 914 Libro Núm. 1791010 31.1 Acta Núm. 1791010 31.2 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí 31.3 Entidad federativa San Luis Potosí 31.4 Día 23 31.5 Mes 08 31.6 Año 2021			

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