

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MEDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

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

| | | | |
|---------------|--|--|--|
| DEL FALLECIDO | 1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Garcino</u> Primer Apellido <u>Gómez</u> Segundo Apellido <u>García</u> | | |
| | 2. FECHA DE NACIMIENTO <u>30/12/1973</u> Día Mes Año | | 3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 |
| | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>SLP</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) | | |
| | 5. CURP <u>G066731230HS PNM1203</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 | | |
| DEL FALLECIDO | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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 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 <u>43</u> Se ignora <input type="radio"/> 9 | | 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 |
| | 10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>Cuiterera México D.F.</u> 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 <u>799260</u> <u>la Colera</u> <u>cd. Valles</u> <u>S.L.P.</u> 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 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2 12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Agricultor</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | |
| DEL FALLECIDO | 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 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 13.1 Número de seguridad social o afiliación | | |
| | 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General Valles</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>SPSSA000356</u> 14.3 Tipo de vialidad 14.4 Nombre de la vialidad 14.5 Núm. Exterior 14.6 Núm. Interior 14.7 Tipo de asentamiento humano 14.8 Nombre del asentamiento humano <u>799090</u> <u>Proccidmexico</u> <u>cd. Valles</u> <u>S.L.P.</u> 14.9 Código Postal 14.10 Localidad 14.11 Municipio o Alcaldía 14.12 Entidad federativa | | |
| | 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 <u>799090</u> <u>Proccidmexico</u> <u>cd. Valles</u> <u>S.L.P.</u> 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa | | |
| | 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>01/10/2021</u> <u>19:54</u> Día Mes Año Horas Minutos 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | | |
| DEL FALLECIDO | 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) <u>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Falla Orgánica Múltiple</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Insuficiencia Hepática</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Necrosis por SARS COV2</u> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE <u>24 hrs.</u> <u>4 días.</u> <u>3 días.</u> <u>18 días.</u> | | |
| | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>12121703</u> | | |
| | 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 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 22.4 Añote 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 Añote 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 <u>799040</u> <u>cd. Valles</u> <u>S.L.P.</u> 22.7.6 Código Postal 22.7.7 Localidad 22.7.8 Municipio o Alcaldía 22.7.9 Entidad federativa | | |
| DEL FALLECIDO | 23. NOMBRE Nombre(s) <u>Karime</u> Primer Apellido <u>Ramírez</u> Segundo Apellido <u>Karime</u> | | |
| | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Conyugue</u> | | |
| | 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 Número de la cédula profesional <u>12121703</u> | | |
| | 27. NOMBRE Nombre(s) <u>Karime</u> Primer Apellido <u>Ramírez</u> Segundo Apellido <u>Karime</u> | | |
| DEL FALLECIDO | 28. FIRMA <u>Karime</u> | | |
| | 29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>799040</u> <u>cd. Valles</u> <u>S.L.P.</u> 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 | | |
| | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>01/10/2021</u> Día Mes Año | | |
| | 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>799040</u> , Libro Núm. <u>799040</u> 31.1 Acta Núm. <u>799040</u> | | |
| DEL FALLECIDO | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>cd. Valles</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>S.L.P.</u> 32.3 Entidad federativa <u>S.L.P.</u> 32.4 Día Mes Año <u>01/10/2021</u> | | |