

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <div>Claudia Maria Guadalupe Padron Gonzalez</div> <div>Nombre(s)Apellido paternoApellido materno</div>							
2. CURP <div></div>		3. SEXO <div>Se ignora 099 Hombre 01Mujer 02</div>		4. NACIONALIDAD <div>Mexicana 01Otra 02Se ignora 09</div>			
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <div>Si 01No 02Se ignora 09</div>		6. PESO <div>10.73 KilogramosGramos</div>		7. TALLA <div>1.1 MetrosCentímetros</div>		8. FECHA DE NACIMIENTO <div>28012016 DíaMesAño</div>	
9. EDAD CUMPLIDA <div>Para menores de una horaMinutos Para menores de un díaHoras Para menores de un mesDías Para menores de un añoMeses Para personas de un año o másAños cumplidos Se ignora 09</div>		9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: <div></div>		10. ESTADO CONYUGAL <div>En unión libre 04Separado(a) 06Divorciado(a) 03Viudo(a) 02Soltero(a) 01Casado(a) 05Se ignora 09</div>			
11. RESIDENCIA HABITUAL <div>Rio Nazas 219 Manuel Moreno Torres 11.1 Calle y número11.2 Colonia11.3 Localidad MatehualaSan Luis Potosí 11.4 Municipio o delegación11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</div>		12. ESCOLARIDAD <div>Ninguna 01Primaria incompleta 02Secundaria incompleta 04Bachillerato o preparatoria incompleta 011Profesional 07Se ignora 099 Preescolar 012Primaria completa 03Secundaria completa 05Bachillerato o preparatoria completa 06Posgrado 010</div>		13. OCUPACIÓN HABITUAL <div>13.1 Trabajaba Si 01No 02Se ignora 09</div>			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>Ninguna 01ISSSTE 03SEDENA 05Seguro Popular 07Otra 08 IMSS 02PEMEX 04SEMAR 06IMSS Oportunidades 010Se ignora 099</div>		14.1 Número de seguridad social o afiliación <div>4109 86 0223 3F2016CAD</div>					
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN <div>Secretaría de Salud 01IMSS 03PEMEX 05SEMAR 07Unidad médica privada 09 IMSS Oportunidades 02ISSSTE 04SEDENA 06Otra unidad pública 08 15.1 Nombre de la unidad médica: 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.3 Localidad: 15.4 Municipio o delegación: 15.5 Entidad federativa:</div>		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Carretera Central Km 617 22 de mayo 16.1 Calle y número16.2 Colonia16.3 Localidad MatehualaSan Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación16.5 Entidad federativa</div>					
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>05012017 06:20 DíaMesAñoHorasMinutos</div>		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>Si 01No 02Se ignora 09</div>		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <div>Si 01No 02</div>			
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <div>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Insuficiencia Respiratoria Debido a (o como consecuencia de) Neumonía b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) 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 Parálisis cerebral Infantil Microcefalia</div>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>20 min 3 semanas 11 meses 11 meses</div>		Uso exclusivo del personal codificador <div>Código CIE</div>			
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <div>22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 01El parto 02El puerperio 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto 04No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 05</div>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <div>Si 01No 02</div>		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <div>Si 01No 02</div>		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <div>Código CIE</div>	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>23.1 Fue un presunto Accidente 01Homicidio 02Suicidio 03Se ignora 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si 01No 02Se ignora 09 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular 00Área deportiva 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 01Calle o carretera (vía pública) 04 Escuela u oficina pública 02Área comercial o de servicios 05Se ignora 09 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número23.7.2 Colonia23.7.3 Localidad23.7.4 Municipio o delegación23.7.5 Entidad federativa</div>		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?					
24. NOMBRE <div>José Roberto Padron mares Nombre(s)Apellido paternoApellido materno</div>		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Padre</div>					
26. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante 01Médico legista 02Otro médico 03Persona autorizada por la Secretaría de Salud 04Autoridad civil 05Otro 08</div>		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>4205515 Número de la cédula profesional</div>					
28. NOMBRE <div>Gabriel Gallardo Alvarez Nombre(s)Apellido paternoApellido materno</div>		29. TELÉFONO <div></div>					
30. DOMICILIO <div>Carretera Central Km 617 colonia 22 de mayo Matehuala San Luis Potosí</div>		31. FIRMA <div></div>		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>05012017 DíaMesAño</div>			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <div>Núm. Libro Núm. 33.1 Acta Núm.</div>		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>34.1 Localidad34.2 Municipio o delegación34.3 Entidad federativa34.4 Día Mes Año</div>					

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

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

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

160628781