



UNIVERSIDA DEL SURESTE

CAMPUS COMITÁN

LICENCIATURA EN MÉDICINA HUMANA

ALUMNO(A): GUADALUPE DEL CARMEN COELLO SALGADO





SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO
00000000

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL Y LAS DOS COPIAS AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

1 NOMBRE DEL FALLECIDO Jose Antonio		2 SEXO Masculino <input checked="" type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Desconocido <input type="radio"/>		3 NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Extranjera <input type="radio"/>		4 FECHA DE NACIMIENTO 11/10/61	
5 EDAD COMPLETA Para menores de un año: _____ Para menores de un año y tres meses: _____ Para menores de un año y seis meses: _____ Para personas de un año y más: 41		6 CUERPO DEL FALLECIDO CORPIT A 111016161210FININIS1015		7 ESTADO CIVIL Soltero <input checked="" type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> De nuevo <input type="radio"/>		8 RESIDENCIA HABITUAL A. Dirección permanente (calle y número): C. Privada No. 16 B. Localidad y Estado: Comitan, Chiapas	
9 OCUPACION HABITUAL Pintor		10 ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta (de 1 a 5 grados) <input type="radio"/> Primaria completa <input checked="" type="radio"/> Bachillerato incompleto <input type="radio"/> Bachillerato completo <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> No aplica <input type="radio"/>		11 INSTITUCIÓN DE DESARROLLO PERSONAL Ninguna <input checked="" type="radio"/> ASES <input type="radio"/> GOSSE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Seguridad Pública <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12 NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN Asegurado <input type="radio"/> No asegurado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13 LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Mujer con un hijo al que le dio un aborto en su domicilio, selección de la opción. Otro según (72) Pasa un segundo 10 al domicilio		14 DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Comitan, Chiapas		15 FECHA DE LA DEFUNCIÓN 11/01/2007		16 HORA DE LA DEFUNCIÓN 12:10:01	
17 CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN PART I Diferencia de lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: 1. Infarto Agudo al miocardio 2. Diabetes Mellitus 3. Insuficiencia Renal crónica. PART II Otras causas patológicas agudas que contribuyeron a la muerte pero no relacionadas con la enfermedad o estado morbilidad que la produjo		18 CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Español para código ICD-10		19 ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		20 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21 ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECÍFICO? Accidental <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22 ¿LA MUERTE FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____		23 ¿LA MUERTE OCURRIÓ EN UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA? El embolismo <input type="radio"/> El paro <input type="radio"/> El puñalazo <input type="radio"/> El asfixiante <input type="radio"/> No estuvo embalsamado durante los 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		24 ¿LAS CAUSAS ANOTADAS DURANTE EL EMBAZARZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
25 ¿LA MUERTE FUE REGISTRADA EN EL Registro Público con el acta número _____		26 ¿LA MUERTE OCURRIÓ EN UN LUGAR DONDE SE ENCUENTRA UN MÉDICO? Vivienda particular <input type="radio"/> Instalación residencial pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (taller, taller, etc.) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		27 ¿LA MUERTE OCURRIÓ EN UN LUGAR DONDE SE ENCUENTRA UN MÉDICO? Vivienda particular <input type="radio"/> Instalación residencial pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (taller, taller, etc.) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		28 ¿LA MUERTE OCURRIÓ EN UN LUGAR DONDE SE ENCUENTRA UN MÉDICO? Vivienda particular <input type="radio"/> Instalación residencial pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (taller, taller, etc.) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
29 DATOS DEL INFORMANTE 29.1 Nombre y Firma: Rodolfo Francisco Santiago coello		30 DATOS DEL CERTIFICANTE 30.1 Nombre y Firma: Dra Guadalupe coello sagudo		31 LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad: _____ 31.2 Municipio: _____ 31.3 Estado: _____ 31.4 Día: _____ Mes: _____ Año: _____		32 ¿EL CERTIFICANTE ES MÉDICO? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
33 LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA CRUCIAL O JUZGADO Ninguna <input type="radio"/> Libro Muerto <input type="radio"/>		34 ACTA NÚMERO: _____		35 FECHA DE CERTIFICACIÓN 11/01/2007		36 ¿LA MUERTE OCURRIÓ EN UN LUGAR DONDE SE ENCUENTRA UN MÉDICO? Vivienda particular <input type="radio"/> Instalación residencial pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (taller, taller, etc.) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	

LOS DATOS PERSONALES ESTARÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES
ATENCIÓN: SE LE RECUERDA AL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL QUE DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO
00000000

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL Y LAS DOS COPIAS AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Jose Antonio Coclio		2. SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>		3. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/>		4. FECHA DE NACIMIENTO 11/06/1962	
5. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: <input type="checkbox"/> Para menores de un mes: <input type="checkbox"/> Para menores de un día: <input type="checkbox"/> Para personas de un año o más: 41		6. CURP DEL FALLECIDO(A) C10R11A111016162101FIN1N151015		7. ESTADO CIVIL Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> De ignora <input type="checkbox"/>			
8. RESIDENCIA HABITUAL C. Privada No. 16 Candelaria Comitan Chiapas		9. OCUPACION HABITUAL Pintor					
10. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/>		11. INSTITUCION DE DESARROLLO Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
12. LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> ISSA <input type="checkbox"/> ISSG <input type="checkbox"/> ISSGTE <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Vía pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/>		13. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> ISSA <input type="checkbox"/> ISSG <input type="checkbox"/> ISSGTE <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Vía pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/>					
14. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Candelaria Comitan Chiapas		15. FECHA DE LA DEFUNCIÓN 11/01/2007					
16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN PART I Causas inmediatas (lesión o estado patológico que produjo la muerte) Infarto Agudo al miocardio Causas antecedentes (enfermedades que existieron antes de producir la causa inmediata) Diabetes Mellitus Insuficiencia Renal crónica. PART II Otras causas patológicas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado morbo que la produjo		17. ¿FUE PRÁCTICO NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
19. CAUSA RAZONA DE DEFUNCIÓN Especie para código CIE-10		20. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EDADES PERIL? Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo <input type="checkbox"/> 4) días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		21. ¿LAS CAUSAS ANTERIORES FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		22. ¿LAS CAUSAS ANTERIORES COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
23.1. ¿FUE EN PRESENIA? Asistencia <input type="checkbox"/> No asistencia <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		23.2. ¿OCCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		23.3. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN Vivienda particular <input type="checkbox"/> Instalación residencial <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Área industrial (factoría, fábrica u otros) <input type="checkbox"/>		23.4. ¿FUE ACCIDENTAL O VIOLENCIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
24. DATOS DEL INFORMANTE 24.1. Nombre: Rodolfo Francisco Santiago Coclio		25. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1738953		26. FECHA DE CERTIFICACIÓN 11/01/2007			
27. DATOS DEL CERTIFICANTE 27.1. Nombre y Párrafo: Pro Guadalupe Coclio Saigado		27.2. Domicilio y Teléfono: 4a calle Norte puente No. 95		28. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 28.1. Localidad: Comitan 28.2. Municipio: Comitan 28.3. Estado: Chiapas 28.4. Día Mes Año: 11/01/07			

LOS DATOS PERSONALES ESTARAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA GUBERNAMENTAL Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES