 Fecha:%Date

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Nombre y Apellidos: | %DeadName %DeadSurname | | | | | | |
| 2 | Lugar de Nacimiento: | %DeadBirthPlace | | F. de Nacimiento: | | %DeadDateBirth | | |
| 3 | Sexo: | %DeadSex | Edad: | %DeadAge | E. Civil: | %DeadCivil | Escolaridad: |  |
| 4 | Nacionalidad: | %DeadNation | | Ocupación: | %DeadJob | |  |  |
| 5 | Residencia Habitual: | %DeadPlace | | | | | | |
| 6 | Nombre del Conyugue: | %DeadPartner | | | | | | |
| 7 | N. de Certificado: | %DeadCertificate | | | | | | |
| 8 | Cedula del Medico | %DeadNumDoc | | | | | | |
| 9 | Lugar de Defunción: | %DeadPlaceofDeath | | | Fecha | %DeadDateDeath | Hora: | %DeatTime |
| 10 | Causa de Muerte: | %DeadCause | | | | | | |
| 11 | Nombre del Medico: | %DoctorName | | | | | | |
|  | Datos del Cliente | | | | | | | |
| 12 | Nombre del Informante: | %InforName | | Parentesco: | | %InforRelation | |  |
| 13 | Domicilio: | %InforPlace | | | | Teléfono: | %Phone | |
| 14 | Lugar de Velación: | %PlaceService | | | | Fecha: | %DateService | |
| 15 | Fecha del Funeral: | %FuneralDate | | Hora del Funeral: | | %FuneralTime | |  |
| 16 | Cementerio: | %Cementery | | | | | | |
| 17 | Nombre del Cliente: | %ClientName | | | | | | |
| 18 | Precio: | %Price | | Ataud: | | %Coffin | |  |
| 19 | Tipo de Servicio: | %TypeService |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **TESIS DE  EMBALSAMAMIENTO** | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Con Base a los Artículos 313, Fracc II, 348,375 Fracción V, de la Ley General de Salud. Artículos 7o | | | | | | | | |
| Fracción VI, 65 Fracc. II, 68,71,72,100 Fracc V, 105,106 y 107 del Reglamento de la Ley General de | | | | | | | | |
| Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Cadáveres Humanos. | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se Embalsamo el día: | | | %DeadDateDeath | | a las: | 18:00 HRS | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre: | %DeadName %DeadSurname | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Falleció en: | %DeadPlaceofDeath | | | | | el día: | %DeadDateDeath | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Debido a: | %DeadCause | | | | | a las: | %DeatTime | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Certificado Médico de Defunción No.: | | | | %DeadNumDoc | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Extendido por el Doctor(a): | | | | TERESITA JESUS JAQUEZ MARTINEZ | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Con Cedula Profesional No.: | | | | %DoctorName | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El Embalsamamiento se Realizó bajo la Siguiente Técnica: | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Carótida Primitiva | | XXXXXX | Axiliar | XXXXXX | Radial | XXXXXX | Femoral | XXXXXX |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vena de Desangre | | XXXXXX | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Yugular Interna | | XXXXXX | Axiliar | XXXXXX | Radial | XXXXXX | Femoral | XXXXXX |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Líquidos Empleados: | | INDEX ARTERIAL | | |  | 40 OZ 4 LTRS H2o | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | INDEX CAVIDAD | | |  | 20 OZ CAVIDAD | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Dicho procedimiento no altera ni perjudica la salud pública  al ser el cuerpo trasladado o velado en algún lugar cerrado.** | | | | | | | | |
| FIRMA | |  |  |  |  |  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | Técnico Embalsamador: Mario Acosta Favela | | | | | |
| No. de Registro de Técnico Embalsamador: F39/L02 | | | | | | | | |