

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL.
LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

170640

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

180642785

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

REG. VIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) KAREN VALENIA GARCIA AGUILAR		2. FECHA DE NACIMIENTO 22/12/2017		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSI	
5. CURP [Blank]		6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: [Blank] Minutos [Blank] Para menores de un día: [Blank] Horas [Blank] Para menores de un mes: [Blank] Días [Blank] Para menores de un año: [Blank] Meses [Blank] Para personas de un año o más: 06 Años cumplidos [Blank] Se ignora ☐	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☒ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): CALLE NICOLAS BRAVO 10.1 Tipo de vivienda: 103 10.2 Nombre de la vivienda: DEL CARMEN 10.3 Núm. Exterior: 79960 10.4 Núm. Interior: [Blank] 10.5 Tipo de asentamiento humano: TAMAZUNCHALE 10.6 Nombre del asentamiento humano: TAMAZUNCHALE 10.7 Código Postal: 24062 10.8 Localidad: SAN LUIS POTOSI 10.9 Municipio o delegación: SAN LUIS POTOSI 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): [Blank]		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: NINGUNA 11.2 Ocupación habitual: NINGUNA 12.1 Trabajaba: Si ☐ No ☒ Se ignora ☐			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☒ Otra ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación: 2917075378		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: HOSPITAL DEL NIÑO Y LA MUJER DR. ALBERTO LOPEL HERMOSA 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [Blank]		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: 2510 15.2 Nombre de la vivienda: FRACCION ANTONIO ROCHA CORDEO 15.3 Núm. Exterior: 78364 15.4 Núm. Interior: [Blank] 15.5 Tipo de asentamiento humano: SAN JUAN DE GUADALUPE 15.6 Nombre del asentamiento humano: SAN LUIS POTOSI 15.7 Código Postal: 24062 15.8 Localidad: SAN LUIS POTOSI 15.9 Municipio o delegación: SAN LUIS POTOSI 15.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: 24 Mes: 06 Año: 2018 Horas: 21 Minutos: 53	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) CHOQUE CARDIOGÉNICO Debido a (o como consecuencia de): [Blank] b) CONEXIÓN ANOMALA PARCIAL DE VENAS PULMONARES, ESTE- NOSIS DE VENAS PULMONARES Debido a (o como consecuencia de): [Blank] c) [Blank] Debido a (o como consecuencia de): [Blank] d) [Blank] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: SEPSIS NOSOCOMIAL DESNUTRICION		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 3 HRS 6 MESES 16 DÍAS 2 MESES	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Blank]		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☐ 21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☐		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): [Blank] 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Blank] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Blank] 22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: [Blank] 22.7.2 Nombre de la vivienda: [Blank] 22.7.3 Núm. Exterior: [Blank] 22.7.4 Núm. Interior: [Blank] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [Blank] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [Blank] 22.7.7 Código Postal: [Blank] 22.7.8 Localidad: [Blank] 22.7.9 Municipio o delegación: [Blank] 22.7.10 Entidad federativa: [Blank]			
23. NOMBRE Nombre(s): VIANEY Primer Apellido: GARCIA Segundo Apellido: AGUILAR		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) MADRE		25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☒ Médico legista ☐ Otro médico* ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil* ☐ Otro* ☐ *Especifique: [Blank]		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 6745592 Número de la cédula profesional: 27. NOMBRE Nombre(s): DANIEL Primer Apellido: HERNANDEZ Segundo Apellido: ZAPATA 28. FIRMA 	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: BOULEVARD 29.2 Nombre de la vivienda: ANTONIO ROCHA CORDEO 29.3 Núm. Exterior: 2510 29.4 Núm. Interior: [Blank] 29.5 Tipo de asentamiento humano: SAN JUAN DE GUADALUPE 29.6 Nombre del asentamiento humano: SAN LUIS POTOSI 29.7 Código Postal: 24062 29.8 Localidad: SAN LUIS POTOSI 29.9 Municipio o delegación: SAN LUIS POTOSI 29.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI 29.11 Teléfono: 4448265002		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: [Blank] Mes: [Blank] Año: [Blank]		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: [Blank]			