



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

190681092

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Modesta</u> <u>Lazero</u> <u>Feliciano</u> Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>13</u> Mes <u>06</u> Año <u>1972</u>	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Tamaulipas</u>
5. CURP <u>LAFM720611SMSPZLD09</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	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 Se ignora <input type="radio"/> 9
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>04</u> Horas <u>18</u> Para menores de un día: Horas <u>04</u> Días <u>18</u> Para menores de un mes: Meses <u>04</u> Años cumplidos <u>48</u> Para menores de un año: Años cumplidos <u>48</u> Se ignora <input type="radio"/> 9		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 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 fallecido (a) <u>Domicilio Co-ocido</u> 10.1 Tipo de vitalidad 10.2 Nombre de la vitalidad		
10.3 Núm. Exterior <u>799987</u> 10.4 Núm. Interior <u>El Pinal</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>El Pinal</u> 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 10.6 Nombre del asentamiento humano		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>empleada doméstica</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>43917209456F472PE</u>
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <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>San Martín</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>799987</u> Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Am3</u> <u>Colo-1a</u> <u>Tamamula</u> 15.1 Tipo de vitalidad 15.2 Nombre de la vitalidad 15.3 Núm. Exterior <u>799987</u> 15.4 Núm. Interior <u>El Pinal</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>El Pinal</u> 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.6 Nombre del asentamiento humano		15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>29</u> Mes <u>09</u> Año <u>2020</u> Horas <u>17</u> Minutos <u>30</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfíxia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Choque hipovolémico</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Choque</u> b) <u>Sangrado de tubo digestivo</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Sangrado</u> c) <u>Hipertensión arterial sistémica</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Sangrado</u> d) <u>Sospechoso COVID-19</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>8873910</u>		21.1 Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años 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 checked="" type="radio"/> 5
21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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: <u>799987</u> 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 vitalidad 22.7.2 Nombre de la vitalidad 22.7.3 Núm. Exterior <u>799987</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>El Pinal</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>El Pinal</u> 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.6 Nombre del asentamiento humano		22.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Ma Dolores</u> <u>Antonio</u> <u>Cruz</u> Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Cuñada</u>
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" 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 25.1 Nombre <u>Carlos Eduardo Reyes</u> 25.2 Tipo de vitalidad <u>San Martín</u> 25.3 Núm. Exterior <u>799987</u> 25.4 Núm. Interior <u>El Pinal</u> 25.5 Tipo de asentamiento humano <u>El Pinal</u> 25.7 Código Postal 25.8 Localidad 25.9 Municipio o delegación 25.6 Nombre del asentamiento humano		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>8873910</u> Número de la cédula profesional 28. FIRMA <u>[Firma]</u>
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vitalidad <u>San Martín</u> 29.2 Nombre de la vitalidad <u>Am3</u> 29.3 Núm. Exterior <u>799987</u> 29.4 Núm. Interior <u>El Pinal</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>El Pinal</u> 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o delegación 29.6 Nombre del asentamiento humano		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>29</u> Mes <u>09</u> Año <u>2020</u>
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>799987</u> Libro Núm. <u>El Pinal</u> 31.1 Acta Núm. <u>799987</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>San Martín</u> 32.2 Municipio o delegación <u>Am3</u> 32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día <u>29</u> Mes <u>09</u> Año <u>2020</u>

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD