



09-03-69-0417

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

190681623

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

C-24

SERU

50

486

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

190681623

190681623

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) Roberto Flores Primer Apellido Flores Segundo Apellido Del Angel		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Ebanó, San Luis Potosí	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 23 09 1969		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	
5. CURP FOAR690923HSP L N G 03		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: Meses 05 Para menores de un año o más: Años cumplidos 05	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Anoto el domicilio permanente donde vivió el fallecido (a): Calle Tamaulipas 10.1 Tipo de vivienda: 33 10.2 Nombre de la vivienda: colonia 10.3 Núm. Exterior: 79140 10.4 Núm. Interior: Ebanó 10.5 Tipo de asentamiento humano: Ebanó 10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 10.7 Código Postal: 79140 10.8 Localidad: Ebanó 10.9 Municipio o delegación: San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero):	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☒ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL Obrero 12.1 Trabajaba: Si ☐ No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ PEXME ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEXME ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Otra unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: HGZ 6 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle Carretera 15.1 Tipo de vivienda: 34 15.2 Nombre de la vivienda: colonia 15.3 Núm. Exterior: 79090 15.4 Núm. Interior: Ciudad Valles 15.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles 15.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 15.7 Código Postal: 79090 15.8 Localidad: Ciudad Valles 15.9 Municipio o delegación: Ciudad Valles 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos 17 10 2020 2026	
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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: para cardíaco, asfénia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Choque Hipovolémico Debido a (o como consecuencia de) Hemorragia Tubo Digestivo Alto b) Ulcera del esófago Debido a (o como consecuencia de) c) d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo Hipertensión Esencial Diabetes mellitus.		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 horas 3 días 15 días 10 años 10 años Código CIE R57.1 K92.0 K22.1 I10.X I14.9	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 34 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 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 ☐	
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 servicios ☐ Se ignora ☐		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda: 22.7.2 Nombre de la vivienda: 22.7.3 Núm. Exterior: 22.7.4 Núm. Interior: 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: 22.7.7 Código Postal: 22.7.8 Localidad: 22.7.9 Municipio o delegación: 22.7.10 Entidad federativa:	
23. NOMBRE Nombre(s) Silvia Flores Primer Apellido Flores Segundo Apellido Del Angel		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hermana	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ *Especifique: 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 10700960 Número de la cédula profesional		27. NOMBRE Nombre(s) Alan Cortes Rodríguez Primer Apellido Cortes Segundo Apellido Rodríguez	
28. FIRMA 29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: 29.2 Nombre de la vivienda: 29.3 Núm. Exterior: 29.4 Núm. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: 29.6 Nombre del asentamiento humano: 29.7 Código Postal: 29.8 Localidad: 29.9 Municipio o delegación: 29.10 Entidad federativa: 29.11 Teléfono:		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año 17 10 2020	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm. 31.1 Acta Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: 32.2 Municipio o delegación: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día Mes Año	

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