



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

Modelo 2017.1
FOLIO
190681725

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) <u>Ma. Guadalupe Hernandez Castro</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>08/08/1973</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2 Se ignora ☐ 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>H E C G 7 3 0 5 0 5 M S P R S D C A</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 → Especifique
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>47</u> Se ignora ☐ 9		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ 6 Viudo(a) ☐ 2 Casado(a) ☒ 5 En unión libre ☐ 4 Divorciado(a) ☐ 3 Soltero(a) ☐ 1 Se ignora ☐ 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle Francisco I. Madero</u> 10.1 Tipo de vivienda <u>Urbanizada</u> 10.2 Nombre de la vivienda <u>Novia de San José</u> 10.3 Núm. Exterior <u>342</u> 10.4 Núm. Interior <u>17184122</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>76100</u> 10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Preescolar ☐ 12 Primaria ☒ 3 Secundaria ☐ 5 Bachillerato o preparatoria ☐ 7 Profesional ☐ 8 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 9		12. OCUPACIÓN HABITUAL 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☒ 1 Incompleta ☐ 2 12.1 Trabajaba Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9 12.2 Ocupación <u>Trabajador</u> Se ignora ☐ 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☐ 7 Otra ☐ 8 IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS PROSPERA ☐ 10 Se ignora ☐ 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 IMSS PROSPERA ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8 Unidad médica privada ☐ 9 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Salud</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		14.3 Tipo de establecimiento <u>Via pública</u> ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>1112</u> 15.1 Tipo de vivienda <u>Colonias</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>Valentin Amador</u> 15.3 Núm. Exterior <u>17184135</u> 15.4 Núm. Interior <u>1112310</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Rivero Guillen</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>76100</u> 15.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>29/09/2020 11:23:00</u> Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 2		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>4 días</u> Código CIE <u>15 C10.2</u> <u>15 C10.2</u> <u>4 C10.2</u>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Síndrome de Distress Respiratorio Agudo Severo</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía Atípica</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Exposición a SARS-CoV-2</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Choque Séptico</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>15 C10.2</u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☒ 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 0 Área deportiva ☐ 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicio ☐ 5 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 6 Granja (rancho o parcela) ☐ 7 Otro ☐ 8 Se ignora ☐ 9 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 Añote 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 <u>Dulce Maria Ponce Hernandez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico* ☒ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil* ☐ 5 Otro* ☐ 8 25.1 Nombre <u>Lorena Nietan Avila</u> 25.2 Nombre de la vivienda <u>San Luis Potosí</u> 25.3 Núm. Exterior 25.4 Núm. Interior 25.5 Tipo de asentamiento humano 25.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 25.7 Código Postal <u>76100</u> 25.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 25.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 25.10 Entidad federativa		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>8193326</u> Número de la cédula profesional 27. NOMBRE <u>Lorena Nietan Avila</u> 27.1 Nombre de la vivienda <u>San Luis Potosí</u> 27.2 Nombre de la vivienda <u>San Luis Potosí</u> 27.3 Núm. Exterior 27.4 Núm. Interior 27.5 Tipo de asentamiento humano 27.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 27.7 Código Postal <u>76100</u> 27.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 27.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 27.10 Entidad federativa	
28. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>8193326</u> Número de la cédula profesional 28. FIRMA <u>[Firma]</u>		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>29/09/2020</u> Día Mes Año	
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	

190681725