



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

FOLIO

190681733

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

L. REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Libia Castillo Gutierrez</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>15/06/1938</u>	
3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosi</u>	
5. CURP <u>CA642380615MSPSTB03</u>	
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 → 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: <u>082</u> Años cumplidos: Se ignora <input type="radio"/> 9	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input checked="" type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Plaza 4 Plutarco Elías Calles</u> <u>149</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>Colonia</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Unidad Habitacional San Antonio</u> 10.3 Núm. Exterior <u>7184346</u> 10.4 Núm. Interior <u>Soledad de Guadalupe Sánchez</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosi</u> 10.7 Código Postal <u>7184346</u> 10.8 Localidad <u>Soledad de Guadalupe Sánchez</u> 10.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosi</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 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>Hogar</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <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	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Hospital <u>General de Soledad</u> 14.1 Nombre de la unidad médica 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 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 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>1112</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>Colonia</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Valentin Amador</u> 15.3 Núm. Exterior <u>7184346</u> 15.4 Núm. Interior <u>Genovevo Rivas Guillén</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad de Guadalupe Sánchez</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosi</u> 15.7 Código Postal <u>7184346</u> 15.8 Localidad <u>Soledad de Guadalupe Sánchez</u> 15.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosi</u> 15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>02/02/2020</u> 16.1 Tipo de vialidad <u>0250</u> 16.2 Nombre de la vialidad	
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 PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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 Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>SARS CoV2</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Hipotiroidismo</u> Debido a (o como consecuencia de) e) <u>Hipertensión Arterial Sistémica</u> Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: 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 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 checked="" 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 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anote 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: 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 vialidad 22.7.2 Nombre de la vialidad 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>Verónica Imelda Castillo Laredo</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Sobrina</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 *Especifique 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3272274</u> Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE <u>Lucia Susana Orduña Torres</u>	
28. FIRMA <u>Chadual</u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>Avenida Valentin Amador</u> 29.1 Tipo de vialidad <u>1112</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Colonia</u> <u>Genovevo Rivas Guillén</u> 29.3 Núm. Exterior <u>7184346</u> 29.4 Núm. Interior <u>Soledad de Guadalupe Sánchez</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosi</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Soledad de Guadalupe Sánchez</u> 29.7 Código Postal <u>7184346</u> 29.8 Localidad <u>Soledad de Guadalupe Sánchez</u> 29.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosi</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosi</u> 29.11 Teléfono <u>4448260100</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>02/02/2020</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad	