



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

Modelo 2017.1
FOLIO

190681843

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Marcanta</u> Primer Apellido <u>Colomea</u> Segundo Apellido <u>Seura</u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>16</u> Mes <u>10</u> Año <u>1954</u>	3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>
5. CURP <u>COISM541016MSP LGR09</u>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>06</u> Segundos <u>5</u> Para menores de un día: Horas <u>0</u> Minutos <u>0</u> Segundos <u>0</u> Para menores de un mes: Días <u>0</u> Horas <u>0</u> Minutos <u>0</u> Segundos <u>0</u> Para menores de un año: Años <u>0</u> Meses <u>0</u> Días <u>0</u>	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☒ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Se ignora ☐	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 10.1 Tipo de vivienda <u>100</u> 10.2 Nombre de la vivienda <u>Amapola</u> 10.3 Núm. Exterior <u>100</u> 10.4 Núm. Interior <u>—</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 10.6 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>781230</u> 10.8 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>S. L. P.</u>
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☒ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba ☐ No ☒ Se ignora ☐ Ocupación <u>Pensionada</u>	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ PEXME ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora ☐
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEXME ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General Soledad</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>—</u>	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>112</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>Valentin Amador</u> 15.3 Núm. Exterior <u>112</u> 15.4 Núm. Interior <u>—</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 15.6 Localidad <u>Soledad Graciano S.</u> 15.7 Código Postal <u>781436</u> 15.8 Municipio o delegación <u>Soledad Graciano S.</u> 15.9 Entidad federativa <u>S. L. P.</u>	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>11</u> Mes <u>10</u> Año <u>2020</u> Horas <u>04</u> Minutos <u>52</u>
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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>Insuficiencia Respiratoria Aguda Severa</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía Atípica Sospechosa COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Diabetes Mellitus Tipo 2</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Hipertensión Arterial</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo <u>Diabetes Mellitus Tipo 2</u> <u>Hipertensión Arterial</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>6 horas</u> <u>10 días</u> <u>3 años</u> <u>3 años</u>
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>—</u>		21. ¿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 ☐
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? Sí ☐ 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(los) fallecido(s) <u>—</u>		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>—</u>
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>—</u>		22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda <u>—</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda <u>—</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>—</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>—</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>—</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>—</u> 22.7.7 Código Postal <u>—</u> 22.7.8 Localidad <u>—</u> 22.7.9 Municipio o delegación <u>—</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>—</u>
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Paulina Rebeca Hernández</u> Primer Apellido <u>Colomea</u> Segundo Apellido <u>Seura</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>hija</u>
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Directivo Turno <u>—</u> Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique <u>—</u>		26. ¿EL CERTIFICANTE ES MÉDICO? <u>3207093</u>
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Enka Alicia Domínguez</u> Primer Apellido <u>Yerua</u> Segundo Apellido <u>—</u>		28. FIRMA <u>—</u>
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>112</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>Valentin Amador</u> 29.3 Núm. Exterior <u>112</u> 29.4 Núm. Interior <u>—</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 29.6 Localidad <u>Soledad Graciano S.</u> 29.7 Código Postal <u>781436</u> 29.8 Municipio o delegación <u>Soledad Graciano S.</u> 29.9 Entidad federativa <u>S. L. P.</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>11</u> Mes <u>10</u> Año <u>2020</u>
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <u>—</u> Libro Núm. <u>—</u> 31.1 Acta Núm. <u>—</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>—</u> 32.2 Municipio o delegación <u>—</u> 32.3 Entidad federativa <u>—</u> 32.4 Día <u>—</u> Mes <u>—</u> Año <u>—</u>

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