



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

190681855

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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Raul Ramos Tovar</u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>12/05/1973</u>		
3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐		
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>		
5. CURP <u>RATR73051973ASPMV400</u>		
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Se ignora ☐		
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐		
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>0</u> Horas <u>0</u> Minutos Para menores de un día: <u>0</u> Días Para menores de un mes: <u>0</u> Meses Para menores de un año: <u>0</u> Años Para personas de un año o más: <u>04</u> Años cumplidos		
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☒ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Se ignora ☐		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle Las Bovedas</u>		
10.1 Tipo de vialidad <u>3/N</u>		
10.2 Nombre de la vialidad <u>Las Bovedas</u>		
10.3 Núm. Exterior <u>1781450</u>		
10.4 Núm. Interior <u>0</u>		
10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Agua Dulce</u>		
10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>		
10.7 Código Postal <u>781450</u>		
10.8 Localidad <u>Agua Dulce</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 ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☒ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		
11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>Completa</u>		
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Agricultor</u>		
12.1 Trabajaba ☒ No ☐ Se ignora ☐		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		
13.1 Número de seguridad social o afiliación		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐		
14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Soledad</u>		
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Avenida</u>		
15.2 Nombre de la vialidad <u>Valentin Amador</u>		
15.3 Núm. Exterior <u>1781344</u>		
15.4 Núm. Interior <u>0</u>		
15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonias</u>		
15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>		
15.7 Código Postal <u>781344</u>		
15.8 Localidad <u>Soledad de Graciano Sánchez</u>		
15.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u>		
15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>13</u> Mes <u>10</u> Año <u>2020</u> Horas <u>15</u> Minutos <u>51</u>		
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Severa</u>	
b) <u>Neumonía COVID 19</u>	
c) <u>Obesidad</u>	
d) <u>Epilepsia</u>	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>12 horas</u>	
Código CIE <u>15 días</u>	
Años <u>Años</u>	
Años	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI 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 ☐	
21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐	
21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 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? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐	
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, circunstancias 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	

DEL INF.

23. NOMBRE <u>Ernesto Ramos Tovar</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermano</u>	

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico* ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil* ☐ Otro* ☐	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 3272374 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE <u>Lucia Susana Orduna Torres</u>	
28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Avenida</u>	
29.2 Nombre de la vialidad <u>Valentin Amador</u>	
29.3 Núm. Exterior <u>1781344</u>	
29.4 Núm. Interior <u>0</u>	
29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonias</u>	
29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Soledad de Graciano Sánchez</u>	
29.7 Código Postal <u>781344</u>	
29.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u>	
29.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u>	
29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
29.11 Teléfono <u>44148261010</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>14</u> Mes <u>10</u> Año <u>2020</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O REGISTRO	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	