



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

FOLIO
200623158

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

G.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Jose Fructoso</u> <u>Meclano</u> <u>Navo</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>22</u> <u>09</u> <u>1949</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>MEXICO</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP <u>MENF490922HSPDV204</u> Se ignora ☐		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐ Otra ☐ Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>19</u> Minutos Para menores de un día: <u>19</u> Horas Para menores de un mes: <u>19</u> Días Para menores de un año: <u>19</u> Meses Para personas de un año o más: <u>19</u> Años cumplidos Se ignora ☐		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>19</u> <u>calle</u> <u>sin nombre</u> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ Incompleta ☒		
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>campesino</u> Se ignora ☐ 12.1 Trabajaba Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☒ Otra ☐ 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 <u>1112</u> <u>prolongación</u> <u>Colonía</u> <u>Valentin Amador</u> <u>Rivas Guillen</u> 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Num. Exterior 15.4 Num. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Soledad de Graciano Sanchez</u> <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>3</u> <u>0</u> <u>04</u> <u>2</u> <u>0</u> <u>2</u> <u>0</u> <u>2</u> <u>1</u> <u>1</u> <u>0</u> Día Mes Año Horas Minutos		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>Neumonía viral atípica</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Probable SARS-COV 2</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) PARTE II 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 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 ☐ 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 ☐		
23. NOMBRE <u>Marina</u> <u>Hernandez</u> <u>Rios</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Esposo</u>		
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 <u>2965750</u> Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE <u>Monica Sofia</u> <u>Mendez</u> <u>Michel</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA <u>[Firma]</u>		
29. DOMICILIO y TELEFONO <u>prolongación</u> <u>Valentin Amador</u> <u>1112</u> <u>Colonía</u> 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Rivas Guillen</u> <u>Soledad de Graciano Sanchez</u> <u>San Luis Potosí</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>0</u> <u>1</u> <u>05</u> <u>2</u> <u>0</u> <u>2</u> <u>0</u> Día Mes Año		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		

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



200623158