



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

FOLIO
200623340
200623340

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

MUERTE ACCIDENTAL Y VIOLENTA

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Jose Luis</u> Nombre(s)		<u>Loza</u> Primer Apellido		<u>Núñez</u> Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>24</u> <u>02</u> <u>1977</u> Día Mes Año		3. SEXO Hombr ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>LONL770224HSP2XS09</u> Se ignora ☐		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Especificar: _____	
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>0</u> <u>1</u> <u>1</u> Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>269</u> <u>Colonía</u> 10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda 10.3 Núm. Exterior <u>78320</u> 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal <u>78320</u> 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>					
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☒ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☒ Incompleta ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: 12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Ninguna</u> 12.1 Trabajaba Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 12.2 Nombre de la ocupación					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ IMSS ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ 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 Salubridad de Grauano Sanchez</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>112</u> <u>Colonía</u> 15.1 Tipo de vivienda 15.2 Nombre de la vivienda 15.3 Núm. Exterior <u>78435</u> 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal <u>78435</u> 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>14</u> <u>05</u> <u>2020</u> <u>22</u> <u>30</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 NECESARIO? Sí ☐ No ☒	
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>Choque séptico</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ b) <u>Neumonía por COVID</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>10</u> 20.1 Anotar la relación que existe entre el inicio de la enfermedad y la muerte 20.2 Anotar la relación que existe entre el inicio de la enfermedad y la muerte 20.3 Anotar la relación que existe entre el inicio de la enfermedad y la muerte		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 ☐ 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 industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ 22.4 Anotar la relación que existe entre el inicio de la enfermedad y la muerte		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 Anotar 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 <u>78435</u> 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.7 Código Postal <u>78435</u> 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 22.7.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>		23. NOMBRE <u>Luis</u> <u>Loza</u> <u>Villalobos</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO <u>Padre</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ De guardia ☒ *Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>7401538</u> Número de la cédula profesional		27. NOMBRE <u>Tania Adriana</u> <u>Luna</u> <u>Zuriga</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. FIRMA <u>Tania</u>		29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Colonía</u> <u>Valentin Amador</u> <u>112</u> 29.1 Tipo de vivienda 29.2 Nombre de la vivienda 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal <u>78435</u> 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>14</u> <u>05</u> <u>2020</u> Día Mes Año	