



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

Modelo 2017.1

FOLIO

200623343

SECRETARÍA DE SALUD

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (VERDE) 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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>José David Espiricueta Barahona</u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>19/12/1964</u>	3. SEXO <u>Varón</u>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>
5. CURP <u>ELE60164122943P0R1V00</u>	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <u>No</u>	7. NACIONALIDAD <u>Mexicana</u>
8. EDAD CUMPLIDA <u>53 años</u>	9. ESTADO CONYUGAL <u>Divorciado</u>	10. RESIDENCIA HABITUAL <u>Calle Saturno 534 A Colonia Rural Atlas San Luis Potosí</u>
11. ESCOLARIDAD <u>Primaria</u>	12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Albanil</u>	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <u>IMSS</u>
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Hospital General de Salud</u>	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Avenida Valentín Amorós Rivas Guillén</u>	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>15/05/2020 15:30</u>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evitar señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Neumonía por COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>COVID-19</u> Causas antecedentes b) <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u> c) <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u> d) <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>11 días</u> Código CIE <u>Uso exclusivo del personal médico</u>
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <u>No</u> El parto <u>No</u> El puerperio <u>No</u> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <u>No</u> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <u>No</u> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <u>No</u> 21.3 ¿Las causas anotadas estuvieron relacionadas con el embarazo, parto o puerperio? <u>No</u>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>Uso exclusivo del personal médico</u>
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <u>No</u> Homicidio <u>No</u> Suicidio <u>No</u> Se ignora <u>No</u> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <u>No</u> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <u>No</u> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <u>No</u> Escuela u oficina pública <u>No</u> Área deportiva <u>No</u> Calle o carretera (vía pública) <u>No</u> Área comercial o de servicio <u>No</u> Se ignora <u>No</u> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): <u>No</u> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>No</u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>No</u> 22.7 Añote 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: 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 Alcaldía: 22.7.10 Entidad federativa:		
23. NOMBRE <u>José David Espiricueta Barahona</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <u>No</u> Médico legista <u>No</u> Otro médico <u>No</u> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <u>No</u> Autoridad civil <u>No</u> Otro <u>No</u> Especifique: <u>7010168</u>		26. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <u>7010168</u>
27. NOMBRE <u>Rodrigo Iván Tapia Ramos</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>
29. DOMICILIO Y TELÉFONO: 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: 29.8 Localidad: 29.9 Municipio o Alcaldía: 29.10 Entidad federativa: 29.11 Teléfono:		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día: Mes: Año:
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO



200623343