SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 200623798

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Antonio (Nombre(s)) Santos (Primer Apellido) Santos (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO: Día / Mes / Año 1970

3. SEXO: Hombre ● 1 Mujer ○ 2 Se ignora ○ 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: San Luis Potosí (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP: [illegible] Se ignora ○ 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○ 1 No ● 2 Se ignora ○ 9

7. NACIONALIDAD: Mexicana ● Otra ○ 2 → Especifique Se ignora ○

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 71 Años cumplidos; Se ignora ○

Para menores de 28 días anote:
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento
8.2 Semanas de gestación:
8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) ○ 6 Viudo(a) ○ 2 Casado(a) ○ 5 En unión libre ○ 4 Divorciado(a) ○ 3 Soltero(a) ○ 1 Se ignora ○ 9

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: Calle
10.2 Nombre de la vialidad: Profesor Pedro Olguin Sanchez
10.3 Núm. Exterior: S/N
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: Localidad
10.6 Nombre del asentamiento humano: Santa Maria del Rio
10.7 Código Postal: 79510
10.8 Localidad:
10.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): S.L.P.

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ○ 1 Preescolar ○ 12 Primaria ○ 3 Secundaria ● 5 Bachillerato o preparatoria ○ 7 Profesional ○ 8 Posgrado ○ 10 Se ignora ○ 99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ● 1 Incompleta ○ 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: Comerciante Se ignora ○ 9
12.1 Trabajaba: Sí ○ 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ● 1 ISSSTE ○ 3 SEDENA ○ 5 Seguro Popular ○ 7 Otra ○ 8 IMSS ○ 2 PEMEX ○ 4 SEMAR ○ 6 IMSS PROSPERA ○ 10 Se ignora ○ 99
13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ● 1 IMSS ○ 3 PEMEX ○ 5 SEMAR ○ 7 IMSS PROSPERA ○ 2 ISSSTE ○ 4 SEDENA ○ 6 Otra unidad pública ○ 8 Unidad médica privada ○ 9 Vía pública ○ 10 Otro lugar ○ Hogar ○ 11 Se ignora ○
14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Soledad
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Calle
15.2 Nombre de la vialidad: Prolongación Valentin Amador
15.3 Núm. Exterior: S/N
15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
15.6 Nombre del asentamiento humano: Rivera Cullen
15.7 Código Postal:
15.8 Localidad: Soledad de Graciano Sanchez
15.9 Municipio o Alcaldía: San Luis
15.10 Entidad federativa:

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día 06 Mes 06 Año 2020 Horas 02 Minutos 30

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ● 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○ 1 No ● 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Insuficiencia respiratoria aguda	30 min	
	Debido a (o como consecuencia de)		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Neumonia Viral Covid 19	7 dias	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c) Insuficiencia renal Cronica	5 años	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	d) Hipertensión Arterial	5 años	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	Diabetes Mellitus Tipo 2	20 años	

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○ 1 El parto ○ 2 El puerperio ○ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○ 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○ 1 No ○ 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○ 1 No ○ 2

Uso exclusivo del personal
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ○ 1 Homicidio ○ 2 Suicidio ○ 3 Se ignora ○ 9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○ 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○ 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○ 1 Escuela u oficina pública ○ 2 Área deportiva ○ 3 Calle o carretera (vía pública) ○ 4 Área comercial o de servicio ○ 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○ 6 Granja (rancho o parcela) ○ 7 Otro ○ 8 Se ignora ○ 9
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, circunstancia 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 Alcaldía
22.7.10 Entidad federativa

DEL INF.
23. NOMBRE: Efigenia (Nombre(s)) Bautista (Primer Apellido) Hernandez (Segundo Apellido)
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Esposa

DEL CERTIFICANTE
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○ 1 Médico legista ○ 2 Otro médico* ● 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○ 4 Autoridad civil* ○ 5 Otro* ○ 8
*Especifique: Directivo de Guardia
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 3288380
27. NOMBRE: Mauro (Nombre(s)) Ramirez (Primer Apellido) Cuervo (Segundo Apellido)
28. FIRMA
29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Calle
29.2 Nombre de la vialidad: Prolongación Valentin Amador
29.3 Núm. Exterior: S/N
29.4 Núm. Interior:
29.5 Tipo de asentamiento humano: Col.
29.6 Nombre del asentamiento humano: Rivera Cullen
29.7 Código Postal:
29.8 Localidad: Soledad de Graciano Sanchez
29.9 Municipio o Alcaldía:
29.10 Entidad federativa:
29.11 Teléfono: 8260110
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día 06 Mes 06 Año 2020

31. FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO CIVIL
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

DEL DERECHOHABIENTE

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

200623798