

200624379

DEL CERTIFICANTE

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Santos Romon Mendoza Eusebia</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO <u>09/08/1961</u>		3. SEXO Hombre ☒ 1 Mujer ☐ 2 Se ignora ☐ 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosi</u>		5. CURP <u>MEES610809HSPNSN06</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 → Especifique	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u> </u> Minutos Para menores de un día: <u> </u> Horas Para menores de un mes: <u> </u> Días Para menores de un año: <u> </u> Meses Para personas de un año o más: <u>59</u> Años cumplidos		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 Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle Principal</u> <u>La Caldera</u> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior <u>74760</u> 10.4 Núm. Interior <u> </u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>La Caldera</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosi</u> 10.7 Código Postal <u> </u> 10.8 Localidad <u> </u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u> </u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Preescolar ☐ 12 Primaria ☒ 3 Secundaria ☐ 5 Bachillerato o preparatoria ☐ 7 Profesional ☐ 8 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 99 Completa ☒ 1 Incompleta ☐ 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Jornalero</u> 12.1 Trabajaba Si ☒ 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		14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Soledad</u>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		14.3 Vía pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 99		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Calle Proponencia Valentin Amador</u> <u>Colonia Genovevo Rivas Guillen</u> 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior <u>74760</u> 15.4 Núm. Interior <u> </u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad Graciano S.</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal <u> </u> 15.8 Localidad <u> </u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u> </u> 15.10 Entidad federativa					
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>13/06/2020</u> Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Si ☐ 1 No ☒ 2		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>Falla Orgánica Múltiple</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Choque Séptico</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Neumonía Viral COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Insuficiencia Renal Crónica</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>10 días</u> <u>14 días</u> <u>31 días</u> <u>2 meses</u> Uso exclusivo del personal codificador Código CIE							
	20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 20.1 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? Si ☐ 1 No ☒ 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ 1 No ☒ 2		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? Si ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 1 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 2 Escuela u oficina pública ☐ 3 Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 4 Área deportiva ☐ 5 Calle o carretera (vía pública) ☐ 6 Área comercial o de servicio ☐ 7 Granja (rancho o parcela) ☐ 8 Otro ☐ 9 Se ignora ☐ 9		22.4 Añote 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 Añote 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 <u> </u> 22.7.4 Núm. Interior <u> </u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.7 Código Postal <u> </u> 22.7.8 Localidad <u> </u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u> </u> 22.7.10 Entidad federativa		23. NOMBRE <u>Javier Mendoza Demecio</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido							
	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermano</u>		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 <u>Directivo</u> Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3207093</u> Número de la cédula profesional		28. FIRMA <u>Erika Alicia Dominquez</u>							
	27. NOMBRE <u>Erika Alicia Dominquez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>Proponencia Valentin Amador</u> 29.1 Tipo de vialidad <u>Colonia Genovevo Rivas Guillen</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>74760</u> 29.3 Núm. Exterior <u> </u> 29.4 Núm. Interior <u> </u> 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal <u> </u> 29.8 Localidad <u> </u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>13/06/2020</u>									