



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

FOLIO
200624650

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Fredy</u> <u>Cruz</u> <u>Farrera</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>13</u> / <u>09</u> / <u>1970</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☒ 1 Mujer ☐ 2 Se ignora ☐ 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Chiapas</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☒ 9	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Se ignora ☐ C Otra ☐ 2 → Especifique
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>049</u> Años cumplidos	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ 6 Viudo(a) ☐ 2 Casado(a) ☐ 0 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>15M7</u> <u>Casa-Habitación</u> <u>Colonra.</u> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>29386</u> <u>21</u> <u>Refugio</u> <u>Chiapa de Corzo</u> <u>Chiapas</u> 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 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	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ 1 Incompleta ☐ 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL 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	14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Soledad</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Vía pública ☐ 10 Otro lugar ☐ C Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ C
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>1112</u> <u>Hospital</u> <u>Soledad</u> 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>78436</u> <u>Soledad</u> <u>Soledad</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>14</u> / <u>06</u> / <u>2020</u> <u>16</u> : <u>40</u> Día Mes Año Horas Minutos	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

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. En la señalara modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, 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) b) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u></u> 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 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 Uso exclusivo del personal codificado Código CIE
---	--

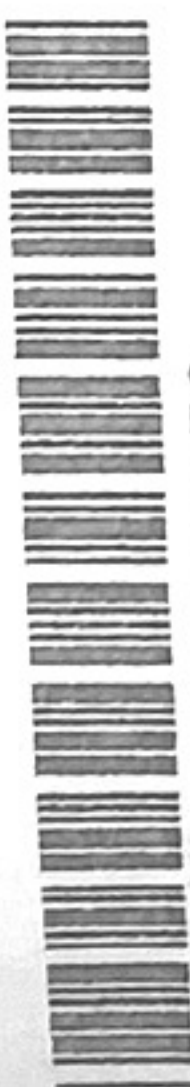
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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	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 Área deportiva ☐ 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Escuela u oficina pública ☐ 2 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 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 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 <u>Jose Dimas</u> <u>Rodriguez</u> <u>Chandamin</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	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>6919674</u> Número de la cédula profesional
27. NOMBRE <u>Alf Hiram</u> <u>Vázquez</u> <u>Espartero</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	28. FIRMA <u>[Firma]</u>
29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>Avenida</u> <u>Volentin Amador</u> <u>1112</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>Hospital General</u> <u>78436</u> <u>Soledad</u> <u>San Luis Potosí</u> <u>44482601190</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>15</u> / <u>06</u> / <u>2020</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 LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES



200624650