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

FOLIO 200624652

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Catalina (Nombre(s)) Mendoza (Primer Apellido) Lopez (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO: 25 03 1945 (Día Mes Año)

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

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

5. CURP: MELC450325MOCMPT09 Se ignora ○99

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

7. NACIONALIDAD: Mexicana ●1 Otra ○2 → Especifique Se ignora ○9

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: 075 Años cumplidos; Se ignora ○9

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

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) ○8 Viudo(a) ○3 Casado(a) ○6 En unión libre ○4 Divorciado(a) ○2 Soltero(a) ○1 Se ignora ●9

10. RESIDENCIA HABITUAL (Anote el domicilio permanente donde vivía al fallecido (a)): 10.1 Tipo de vialidad: Calle; 10.2 Nombre de la vialidad: Juan de la Barrera; 10.3 Núm. Exterior: 104; 10.4 Núm. Interior: Casa-Habitación; 10.5 Tipo de asentamiento humano; 10.6 Nombre del asentamiento humano; 10.7 Código Postal: 78437; 10.8 Localidad: Villa de la Paz; 10.9 Municipio o Alcaldía: Soledad; 10.10 Entidad federativa: San Luis Potosí

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: Se ignora ○99; 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 ●9 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 ○12 Hospital General de Soledad (14.1 Nombre de la unidad médica); 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: 15.1 Tipo de vialidad: Avenida; 15.2 Nombre de la vialidad: Valentín Amador; 15.3 Núm. Exterior: 1112; 15.4 Núm. Interior: Hospital; 15.5 Tipo de asentamiento humano; 15.6 Nombre del asentamiento humano: Hospital General; 15.7 Código Postal: 78435; 15.8 Localidad: Soledad; 15.9 Municipio o Alcaldía: Soledad; 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 16 06 2020 (Día Mes Año) 01:50 (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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, síntomas, insuficiencias, estados mal definidos o de pronóstico reservado)

PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente:
a) Neumonía por COVID-19
Debido a (o como consecuencia de):
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existen alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica:
b)
Debido a (o como consecuencia de):
c)
Debido a (o como consecuencia de):
d)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Código CIE

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
Hipertensión arterial

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 12 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○1 El parto ○2 El puerpario ○3 Hasta 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 enlistadas fueron complicaciones agravadas del embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2
21.3 ¿Las causas enlistadas contribuyeron al embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

Para ser llenado por personal capacitado
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.1 Fue un presunto accidente de trabajo? Sí ○1 No ○2 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 (casa, departamento, etc.) ○1 Escuela u oficina pública ○2 Área deportiva ○3 Calle o carretera (vía pública) ○4 Área comercial o de servicios ○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) lesionado(a)
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias bajo las que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
22.7 Anote el lugar 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: Andrea (Nombre(s)) Solano (Primer Apellido) Mendoza (Segundo Apellido)

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Hijo

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* ○9 (*Especifique)

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional

27. NOMBRE: Alf Hiram (Nombre(s)) Vázquez (Primer Apellido) Espinosa (Segundo Apellido)

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vialidad: Avenida; 29.2 Nombre de la vialidad: Valentín Amador; 29.3 Núm. Exterior: 1112; 29.4 Núm. Interior; 29.5 Tipo de asentamiento humano: Hospital; 29.6 Nombre del asentamiento humano: Hospital General; 29.7 Código Postal: 78435; 29.8 Localidad: Soledad; 29.9 Municipio o Alcaldía: Soledad; 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí; 29.11 Teléfono: 4448261601

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 16 06 2020 (Día Mes Año)

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. ____ Libro Núm. ____ 31.1 Acta Núm. ____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad; 32.2 Municipio o Alcaldía; 32.3 Entidad federativa; 32.4 Día Mes Año

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

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
SEGUNDO TRIMESTRE CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
200624652
Copia de cortesía