



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

200624654

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <i>Carra Isabel</i> Nombre(s)		<i>Jose</i> Primer Apellido		<i>Vega</i> Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <i>04/02/1977</i> Día Mes Año		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ De guerra ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <i>Son Luis Potosí</i> Entidad federativa o país de origen en el extranjero	
5. CURP <i>JUVL770204HSPRAA200</i> De guerra ☐		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí ☐ No ☒ De guerra ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ 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 <i>021</i> Años cumplidos De guerra ☐		9. ESTADO CONYUGAL Separación ☐ Viudez ☐ Casado ☐ En unión libre ☐ Divorcio ☐ Soltero ☐ De guerra ☒			
10. RESIDENCIA HABITUAL Antes el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <i>525</i> 10.1 Num. Exterior <i>78049</i> 10.2 Num. Interior <i>Casa - Habitación</i> 10.3 Tipo de vivienda <i>Son Luis Potosí</i> 10.4 Municipio o Alcaldía <i>Son Luis Potosí</i> 10.5 Entidad federativa o país de origen en el extranjero					
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ De guerra ☒		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Tratamiento ☐ No ☐ De guerra ☒			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☒		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <i>Hospital General de Soledad</i> 14.1 Nombre de la unidad médica <i>1112</i> 14.2 Clave única de establecimientos de salud (CLUES)		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <i>Volantín Amador</i> 15.1 Tipo de vivienda <i>Hospital General</i> 15.2 Nombre de la vivienda <i>Soledad</i> 15.3 Num. Exterior <i>Soledad</i> 15.4 Num. Interior <i>78049</i> 15.5 Tipo de asentamiento humano <i>Son Luis Potosí</i> 15.6 Municipio o Alcaldía <i>Son Luis Potosí</i> 15.7 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <i>16/06/2020</i> <i>03:50</i> Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ De guerra ☐		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Ante una sola causa en cada renglón. Esta señalar todas de tener - ejemplo: por causas cardíacas, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <i>Neumonía por <u>Streptococcus</u> grupo A</i> Debido a (o como consecuencia de) b) <i>Choque séptico origen pulmonar</i> Debido a (o como consecuencia de) c) <i>Choque hipovolémico</i> Debido a (o como consecuencia de) d) <i>Desnutrición</i> PARTE II Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado patológico que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <i>18 hrs</i> <i>18 hrs</i> <i>18 hrs</i> <i>2 años</i>		Código CIE	
20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 15 A 54 AÑOS 20.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☒ 42 días a 11 meses después del parto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒		21. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒		22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Asesinato ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 ¿En dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o vía pública (vía pública) ☐ Escuela o oficina pública ☐ Área industrial (taller, fábrica u otra) ☐ Área comercial (banco, tienda o similar) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ 22.4 ¿Ante la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? Estrangeros ☐ Conocidos ☐ Familiares ☐ Se ignora ☐		23. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: <i>1112</i> 23.1 Tipo de vivienda <i>Hospital General de Soledad</i> 23.2 Nombre de la vivienda <i>Soledad</i> 23.3 Num. Exterior <i>78049</i> 23.4 Num. Interior <i>Soledad</i> 23.5 Tipo de asentamiento humano <i>Son Luis Potosí</i> 23.6 Municipio o Alcaldía <i>Son Luis Potosí</i> 23.7 Entidad federativa		24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) <i>Esposo</i>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ <i>sub dirección médica</i> Perito autorizado por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <i>6977614</i> Número de la cédula profesional		27. FIRMA <i>[Firma]</i>	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO <i>Volantín Amador</i> 28.1 Tipo de vivienda <i>Hospital General de Soledad</i> 28.2 Nombre de la vivienda <i>Soledad</i> 28.3 Num. Exterior <i>Soledad</i> 28.4 Num. Interior <i>78049</i> 28.5 Tipo de asentamiento humano <i>Son Luis Potosí</i> 28.6 Municipio o Alcaldía <i>Son Luis Potosí</i> 28.7 Entidad federativa		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN <i>16/06/2020</i> Día Mes Año			
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. Libro Núm.		31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad			