

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

200625048

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>MARIA ROSA</u> Nombre(s)		2. FECHA DE NACIMIENTO <u>30/08/1997</u> Día Mes Año		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		5. CURP <u>T09K970930MSPVV509</u> Se ignora ☐		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Especificar: <u>→</u>		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>0</u> horas <u>27</u> minutos Para menores de un día: <u>0</u> días <u>27</u> horas <u>0</u> minutos Para menores de un mes: <u>0</u> meses <u>27</u> días <u>0</u> horas <u>0</u> minutos Para menores de un año: <u>0</u> años <u>27</u> meses <u>0</u> días <u>0</u> horas <u>0</u> minutos Para personas de un año o más: <u>0</u> años <u>27</u> meses <u>0</u> días <u>0</u> horas <u>0</u> minutos					
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Vuelto(a) ☐ Casado(a) ☒ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>San Nicolás</u> 10.1 Tipo de vivienda: <u>Edificio</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Palmas</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>79320</u> 10.4 Núm. Interior: <u>Colonia de Maíz</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad de Maíz</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal: <u>79320</u> 10.8 Localidad: <u>Colonia de Maíz</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☒ Incompleta ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Hogar</u> 12.1 Trabajaba: <u>Sí</u> No ☐ Se ignora ☐		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ <u>HOSPITAL GENERAL SECUNDARIO</u> 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>HOSPITAL GENERAL SECUNDARIO</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>1112</u>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>1112</u> 15.1 Tipo de vivienda: <u>Edificio</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>VALENTIN AMADOR</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>793435</u> 15.4 Núm. Interior: <u>Colonia</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal: <u>793435</u> 15.8 Localidad: <u>Colonia</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>17/06/2020</u> Día Mes Año <u>04:25</u> Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
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>NEUMONÍA POR SARS-COV 19</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> 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 <u>ENFERMEDAD HIPERTENSIVA</u> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>Días</u> Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u>1112</u> Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u>1112</u>																			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>1112</u> 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒ 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☒ No ☐ 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒ 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>Area industrial (taller, fábrica u obra)</u> <u>Granja (rancho o parcela)</u> <u>Otro</u> <u>Se ignora</u> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>1112</u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>Area industrial (taller, fábrica u obra)</u> <u>Calle o carretera (vía pública)</u> <u>Area comercial o de servicio</u> <u>Se ignora</u> 22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda: <u>Edificio</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u>VALENTIN AMADOR</u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u>793435</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>Colonia</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 22.7.7 Código Postal: <u>793435</u> 22.7.8 Localidad: <u>Colonia</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 22.7.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>																			
23. NOMBRE <u>JOSE ANTONIO</u> Nombre(s) <u>Tovar</u> Primer Apellido <u>HERRERA</u> Segundo Apellido 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Esposo</u> 25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☒ Médico legista ☐ Otro médico* ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil* ☐ Otro* ☐ 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <u>10107709</u> 27. NOMBRE <u>Raul Alfaro</u> Nombre(s) <u>Diaz</u> Primer Apellido <u>HERNANDEZ</u> Segundo Apellido 28. FIRMA <u>[Firma]</u> 29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Edificio</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>VALENTIN AMADOR</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>793435</u> 29.4 Núm. Interior: <u>Colonia</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal: <u>793435</u> 29.8 Localidad: <u>Colonia</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u>82601001</u> 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>17/06/2020</u> Día Mes Año 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>1112</u> Libro Núm. <u>1112</u> 31.1 Acta Núm. <u>1112</u> 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 32.2 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 32.3 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día Mes Año: <u>17/06/2020</u>																			

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

200625048

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