



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

FOLIO

200625056

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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) SANTOS HERNANDEZ HERNANDEZ	
2. FECHA DE NACIMIENTO 15 08 1937	3. SEXO ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ Se ignora
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSI	
5. CURP HENS370815HSPRRN07	
6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora	
7. NACIONALIDAD ☒ Mexicana ☐ Otra ☐ Se ignora	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Horas: Minutos: Para menores de un día: Horas: Minutos: Para menores de un mes: Días: Horas: Minutos: Para menores de un año: Meses: Años: Para personas de un año o más: Años: Meses: Días: Para menores de 28 días anota: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ Separado(a) ☐ Vudica(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: EMILIANO ZAPATA 10.2 Nombre de la vivienda: EMILIANO ZAPATA 10.3 Núm. Exterior: 79960 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: TAMAZUNCHALE 10.6 Localidad: SAN LUIS POTOSI 10.7 Código Postal: 10.8 Municipio o Alcaldía: 10.9 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero):	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: ☐ Completa ☐ Incompleta ☒	
12. OCUPACIÓN HABITUAL ALBAÑIL 12.1 Trabajaba: ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital General de Soledad ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1112 15.1 Tipo de vivienda: PROLONGACION 15.2 Nombre de la vivienda: VALENTIN AMADOR 15.3 Núm. Exterior: 78436 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: RIVAS GUILLEN 15.6 Nombre del asentamiento humano: SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ 15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: SAN LUIS POTOSI 15.9 Municipio o Alcaldía: 15.10 Entidad federativa:	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 20 06 2020 16.1 Día: 20 16.2 Mes: 06 16.3 Año: 2020 16.4 Horas: 05 16.5 Minutos: 39	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☒ Sí ☐ No ☐ Se ignora	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? ☐ Sí ☒ No	

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Debido a (o como consecuencia de): b) NEUMONIA VIRAL / COVID 19 Debido a (o como consecuencia de): c) Debido a (o como consecuencia de): d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 02 DIAS 10 DIAS. 5 AÑOS	Uso exclusivo del personal codificador 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 ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 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	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
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 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva (taller, fábrica u obra) ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) 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 vivienda: 22.7.2 Nombre de la vivienda: 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 MARIA MONSERRAT HERNANDEZ SARMIENTO Nombre(s): MARIA MONSERRAT Primer Apellido: HERNANDEZ Segundo Apellido: SARMIENTO	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) HIJA
--	---

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico* ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil* ☐ Otro* ☐ *Especifique:		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 5306059 Número de la cédula profesional
27. NOMBRE ANGEL MONROY GRANADOS Nombre(s): ANGEL MONROY Primer Apellido: GRANADOS Segundo Apellido:		28. FIRMA
29. DOMICILIO y TELÉFONO PROLONGACION VALENTIN AMADOR 1112 RIVAS GUILLEN 29.1 Tipo de vivienda: 29.2 Nombre de la vivienda: 29.3 Núm. Exterior: 78436 29.4 Núm. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ 29.6 Nombre del asentamiento humano: SAN LUIS POTOSI 29.7 Código Postal: 29.8 Localidad: COLONIA 29.9 Municipio o Alcaldía: 29.10 Entidad federativa: 29.11 Teléfono: 444 0260100		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 20 06 2020 Día: 20 Mes: 06 Año: 2020

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