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

FOLIO 200625369

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Nombre(s): COSTANZO; Primer Apellido: PINEDA; Segundo Apellido: CASTILLO

2. FECHA DE NACIMIENTO: Día 1 Mes 0 2 Año 1 9 6 2

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

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: SAN LUIS POTOSÍ (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)) Se ignora ○ 9

5. CURP: P I C C 6 2 0 2 1 7 H S P N S 3 1 4 Se ignora ○ 99

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

7. NACIONALIDAD: Mexicana ● 1 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: 0 5 8 Años cumplidos. Se ignora ○ 9

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

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) ○ 6; Viudo(a) ○ 2; Casado(a) ○ 5; Unión libre ○ 4; Divorciado(a) ○ 3; Soltero(a) ● 1; Se ignora ○ 9

10. RESIDENCIA HABITUAL (Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a))
10.1 Tipo de vialidad: CALLE
10.2 Nombre de la vialidad: REPUBLICA DE BRASIL
10.3 Núm. Exterior: 88
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: COLONIA
10.6 Nombre del asentamiento humano: SIMON DIAZ
10.7 Código Postal: 7 8 6 2 2
10.8 Localidad: SAN LUIS POTOSÍ
10.9 Municipio o Alcaldía: SAN LUIS POTOSÍ
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): 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: OBRERO; 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 ○ 2; PEMEX ○ 3; SEMAR ○ 7; IMSS PROSPERA ○ 2; ISSSTE ○ 4; SEDENA ○ 6; Otras unidades públicas ○ 5; Unidad médica privada ○ 8; Vía pública ○ 10; Otro hogar ○ 12; Hogar ○ 11; Se ignora ○ 99
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: CALLE
15.2 Nombre de la vialidad: PROLONGACION VALENTIN AMADOR
15.3 Núm. Exterior: 1112
15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: COLONIA
15.6 Nombre del asentamiento humano: RIVAS GUILLEN
15.7 Código Postal:
15.8 Localidad: SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ
15.9 Municipio o Alcaldía: SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ
15.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSÍ

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día 2 4 Mes 0 6 Año 2 0 2 0; Horas 0 5 Minutos 0 1

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

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, infarto, etc.)

PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente:
a) NEUMONIA POR SARS - COV 2 — Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: DIAS

Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica:
b) ENFERMEDAD RENAL CRONICA ESTADIO 5 — Debido a (o como consecuencia de) — MESES
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 morboso que la produjo:
DIABETES MELITUS 2 — AÑOS

Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE

20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
20.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○ 1; El parto ○ 2; El puerperio ○ 3; 42 días a 11 meses después del parto o aborto ○ 4; No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○ 5
20.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○ 1 No ○ 2
20.3 ¿Las causas anotadas contribuyeron al embarazo, parto o puerperio? Sí ○ 1 No ○ 2

Uso exclusivo del personal codificador
28. 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; Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○ 1; Escuela u oficina pública ○ 2; Área deportiva ○ 3; Calle o carretera (vía pública) ○ 4; 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 Anote 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, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:
22.7 Anote 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

23. NOMBRE: Nombre(s): AUSENCIO; Primer Apellido: PINEDA; Segundo Apellido: CASTILLO

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

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ● 1; Médico legista ○ 2; Otro médico* ○ 3; Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○ 4; Autoridad civil* ○ 5; Otro* ○ 6 — *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 10107709

27. NOMBRE: Nombre(s): RAUL ALFONSO; Primer Apellido: DIAZ; Segundo Apellido: HERNANDEZ

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: CALLE
29.2 Nombre de la vialidad: PROLONGACION VALENTIN AMADOR
29.3 Núm. Exterior: 1112
29.4 Núm. Interior:
29.5 Tipo de asentamiento humano: COLONIA
29.6 Nombre del asentamiento humano: RIVAS GUILLEN
29.7 Código Postal: 7 8 6 2 2
29.8 Localidad: SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ
29.9 Municipio o Alcaldía: SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ
29.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSÍ
29.11 Teléfono: 8 2 6 0 1 0 0

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día 2 4 Mes 0 6 Año 2 0 2 0

LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA NOTARÍA O JUZGADO: Libro Núm. ; Acta Núm.

31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
31.1 Localidad
31.2 Municipio o Alcaldía
31.3 Entidad federativa
31.4 Día Mes Año

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

Versión pública