



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

FOLIO
200625534

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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>José de Jesús</u> <u>Vázquez</u> <u>Pérez</u>			
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>04</u> <u>07</u> <u>2014</u>	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>VAPJ19070943PZRSA5</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Sí ☐ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u> </u> Minutos Para menores de un día: <u> </u> Horas Para menores de un mes: <u> </u> Días Para menores de un año: <u> </u> Meses Para personas de un año o más: <u> </u> Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Vuelto(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☒ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): <u>Avenida</u> 10.1 Tipo de vivienda: <u>9</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Matemáticas</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>112</u> 10.4 Núm. Interior: <u>El Tepal</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Santa María del Río</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal: <u>7195610</u> 10.8 Localidad: <u>El Tepal</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>			
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL Ninguna ☒ Trabajaba ☐ Si ☐ 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 ☐ Hosp. del General de Salud ☐ Unidad médica pública ☐ Otra unidad médica privada ☐ Se ignora ☐	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Avenida</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Veneranda</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>1112</u> 15.4 Núm. Interior: <u>Colonia</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Geruvero</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal: <u>7195610</u> 15.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</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 Día: <u>27</u> Mes: <u>06</u> Año: <u>2020</u> Horas: <u>21</u> Minutos: <u>00</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRATICÓ 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.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			Código CIE
a) <u>Síndrome de dificultad respiratoria Severa</u> Debido a (o como consecuencia de)		<u>1 día</u>	
b) <u>Namora alérgica</u> Debido a (o como consecuencia de)		<u>2 días</u>	
c) <u>Complicaciones de la cirugía</u> Debido a (o como consecuencia de)		<u>2 días</u>	
d) <u>Intoxicación de virus respiratorio</u> Debido a (o como consecuencia de)		<u>8 días</u>	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			

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: 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 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐
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, circunstancia 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 vivienda: <u> </u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u> </u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u> </u> 22.7.4 Núm. Interior: <u> </u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u> </u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u> </u> 22.7.7 Código Postal: <u> </u> 22.7.8 Localidad: <u> </u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u> </u> 22.7.10 Entidad federativa: <u> </u>		

DEL INF.

23. NOMBRE <u>Gabriela</u> <u>Pérez</u> <u>Rosés</u>	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Madre</u>
---	--

DEL CERTIFICANTE

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 <u>9950191</u> Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE <u>Carlos Alberto</u> <u>Velasco</u> <u>Atencio</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Avenida</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Veneranda</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>1112</u> 29.4 Núm. Interior: <u>Colonia</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Geruvero</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal: <u>7195610</u> 29.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u> </u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: <u>27</u> Mes: <u>06</u> Año: <u>2020</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	

200625534