SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 200625536

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Ivana (Nombre(s)) Codina (Primer Apellido) Renovato (Segundo Apellido)
2. FECHA DE NACIMIENTO: 25 01 1937 (Día Mes Año)
3. SEXO: Hombre ○ Mujer ☒ Se ignora ○
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: Zacatecas
5. CURP: CORI370125MZSDNN01 Se ignora ○
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○ No ☒ Se ignora ○
7. NACIONALIDAD: Mexicana ☒ Otra ○ → Se ignora ○
8. EDAD CUMPLIDA: Para menores de un día: Horas / Minutos; Para menores de un mes: Días; Para menores de un año: Meses; Para mayores de un año: Años cumplidos: 063 Se ignora ○
9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) ○ Unido(a) ○ Casado(a) ☒ En unión libre ○ Divorciado(a) ○ Soltero(a) ○ Se ignora ○
10. RESIDENCIA HABITUAL: Calle Teofilo Torres Corzo; 132; Colonia Carlos Salinas de Gortari; 78143 San Luis Potosí; San Luis Potosí; SLP
11. ESCOLARIDAD: Ninguna ○ Preescolar ○ Primaria ☒ Secundaria ○ Bachillerato o equivalente ○ Profesional ○ Posgrado ○ Se ignora ○; ¿Sabe leer y escribir? Completa ○ Incompleta ☒
12. OCUPACIÓN HABITUAL: Hogar; Se ignora ○; ¿Trabajó? Sí ○ No ☒ Se ignora ○
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ☒ ISSSTE ○ SEDENA ○ Seguro Popular ○ Otra ○ IMSS ○ PEMEX ○ SEMAR ○ IMSS PROSPERA ○ Se ignora ○; 13.1 Número de afiliación

DEL DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Hospital Central Soledad; Secretaría de Salud ☒ IMSS ○ PEMEX ○ SEMAR ○ IMSS PROSPERA ○ ISSSTE ○ SEDENA ○ Otra unidad pública ○ Unidad médica privada ○ Domicilio ○ Se ignora ○
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Protección Valentin Aguado; 1112; Colonia Centenario Rivas Guillen; 78143 Centenario Rivas Guillen Soledad Graciano S.; SLP
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 28 06 2020; 0312
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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, síntomas, causas mal definidas, seniles, etc.)

PARTE I — Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente:

a) Neumonia COVID-19 — Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 6 dias

Causas antecedentes — Estados morbosos, si existen alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica:

b) Debido a (o como consecuencia de): Diabetes Mellitus tipo 2 — 2 años

c) Debido a (o como consecuencia de): Hipertension Arterial — 2 años

d)

PARTE II — Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo:

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 ○ El parto ○ El puerperio ○ Al cabo de 11 meses siguientes del parto o aborto ○ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○
20.2 ¿Las causas anotadas [illegible] al embarazo, parto o puerperio? Sí ○ No ○
20.3 ¿Las causas anotadas [illegible] al embarazo, parto o puerperio? Sí ○ No ○
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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 ○ Área industrial (taller, fábrica u obra) ○ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○ Calle o carretera (vía pública) ○ Granja (rancho o parcela) ○ Escuela o oficina pública ○ Área comercial o de servicios ○ Otro ○ 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, circunstancias y 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

DEL INF

23. NOMBRE: María Amelia (Nombre(s)) Hernandez (Primer Apellido) Codina (Segundo Apellido)
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Hija

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○ Médico legista ○ Otro médico ☒ Directivo (Especifique) Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○ Autoridad civil ○ Otro ○
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 3207093 (Número de la cédula profesional)
27. NOMBRE: Erika Alina (Nombre(s)) Dominguez (Primer Apellido) Perena (Segundo Apellido)
28. FIRMA
29. DOMICILIO y TELÉFONO: Protección Valentin Aguado (29.1 Tipo de vialidad; 29.2 Nombre de la vialidad) 1112 (29.3 Núm. Exterior; 29.4 Núm. Interior) Colonia (29.5 Tipo de asentamiento humano) Centenario Rivas Guillen (29.6 Nombre del asentamiento humano) 78143 (29.7 Código Postal) Centenario Rivas G. (29.8 Localidad) Soledad Graciano S. (29.9 Municipio o Alcaldía) SLP (29.10 Entidad federativa) (29.11 Teléfono)
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 28 06 2020 (Día Mes Año)

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

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

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

2006255536

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

Versión pública