



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

FOLIO
200625617

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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Leonardo Daniel Alvarado Solas</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO <u>16/09/1984</u>		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Zacatecas</u>
5. CURP <u>AASL840916GHZSLLV04</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Especifique _____	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: _____ Para menores de un día: _____ Para menores de un mes: _____ Para menores de un año: _____ Para personas de un año o más: <u>35</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 al fallecido (a): <u>Calb Neal Varona 217</u>		10.1 Tipo de vivienda <u>917</u>		10.2 Nombre de la vivienda <u>217</u>	
10.3 Núm. Exterior: <u>78104</u>		10.4 Núm. Interior: <u>Frace Barrio Varona</u>		10.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>	
10.6 Código Postal: <u>78104</u>		10.7 Localidad: <u>San Luis Potosí</u>		10.8 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u>	
10.9 Entidad federativa o país en el extranjero: <u>San Luis Potosí</u>					
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☒ Incompleta ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Albañil</u>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital general de <u>Salud</u> IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐		14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital general de Salud</u>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>1119</u>		15.1 Tipo de vivienda <u>Protección</u>		15.2 Nombre de la vivienda <u>Valentin Amador 1119</u>	
15.3 Núm. Exterior: <u>78435</u>		15.4 Núm. Interior: <u>Colon</u>		15.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>	
15.6 Código Postal: <u>78435</u>		15.7 Localidad: <u>San Luis Potosí</u>		15.8 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u>	
15.9 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>04/07/2020 01:07</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Ante una sola causa en cada renglón. Entre señalar modos de morir - ejemplos: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) <u>Choque Séptico</u> Debido a (o como consecuencia de): _____ Causas antecedentes: b) <u>Normemia Viral Covid 19</u> Debido a (o como consecuencia de): _____ c) _____ Debido a (o como consecuencia de): _____ d) _____ PARTE II Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado patológico que la produjo: <u>Insuficiencia Renal crónica</u> <u>Diabetes Mellitus tipo 1</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <u>06 días</u> <u>09 días</u> <u>03 años</u> <u>90 años</u>		Código CIE: _____	
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 (previa 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: Acosado ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 ¿Se dio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, refugio, etc.) ☐ Calle o veredas (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Ante la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica, etc.) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____ 22.7 Ante 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: _____		22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: _____			
23. NOMBRE <u>Laura Leticia Terone Garcia</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Esposa</u>			
25. CERTIFICADA POR: Médico titular ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique: _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>S306089</u>		Número de la cédula profesional: _____	
27. NOMBRE <u>Angel Monroy Brenes</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>			
29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>Protección Valentin Amador 1119</u>		29.1 Tipo de vivienda <u>Colon</u>		29.2 Nombre de la vivienda <u>San Luis Potosí</u>	
29.3 Núm. Exterior: <u>78435</u>		29.4 Núm. Interior: <u>San Luis Potosí</u>		29.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>	
29.6 Código Postal: <u>78435</u>		29.7 Localidad: <u>San Luis Potosí</u>		29.8 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u>	
29.9 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>					
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: _____		33. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>04/07/2020</u>	



200625617