SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 200625619

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Osvaldo (Nombre(s)) Mendoza (Primer Apellido) Garibaldi (Segundo Apellido)
2. FECHA DE NACIMIENTO: 09 04 1968 (Día Mes Año)
3. SEXO: Masculino X Femenino ○ No especificado ○
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: San Luis Potosí
5. CURP: MEGO690409HSPNRS00
6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No X Sí ○ No especificado ○
7. ¿HABLA ESPAÑOL? Sí X → No ○ No especificado ○
8. EDAD CUMPLIDA: 0 años 0 meses 1 días
9. ESTADO CONYUGAL: Soltero ○ Unión libre ○ Casado ○ Separado ○ Viudo ○ Divorciado ○ Sociedad de convivencia ○ No especificado ○
10. RESIDENCIA HABITUAL: Calle Tahiti; No. Exterior 833; No. Interior; Fraccionamiento/colonia Simón Díaz; Código Postal 78380; Localidad El Aguaje; Municipio San Luis Potosí; Entidad federativa San Luis Potosí
11. ESCOLARIDAD: Ninguna ○ Preescolar ○ Primaria ○ Secundaria ○ Bachillerato o preparatoria ○ Profesional ○ Posgrado ○ No especificado ○ Desconocido ○
12. OCUPACIÓN HABITUAL: trabajo eventual; Horas a la semana ○ No especificado ○
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna X IMSS ○ ISSSTE ○ SEDENA ○ Seguro Popular ○ PEMEX ○ SEMAR ○ IMSS PROSPERA ○ No especificado ○
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Hospital General Soledad; Tipo de unidad médica: IMSS ○ PEMEX ○ SEDENA ○ SEMAR ○ SSA X; Clave de Establecimiento de Salud; Entidad federativa ○ No especificado ○
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Protonegocios; Valentín Amador; No. Exterior 1112; No. Interior; Colonia Colonia; Alcaldía o Municipio Ciudad Guerrero Rivas Guillén; Código Postal 78343; Localidad Soledad Graciano S; Municipio o Alcaldía Soledad Graciano S; Entidad federativa SLP
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 04 03 20 20 0430 (Día Mes Año Hora Minutos)
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No ○ Sí X No especificado ○
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? No ○ Sí ○

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una enfermedad por renglón. Evitar términos imprecisos, incompletos o de uso frecuente. Indicar la causa básica en el último renglón.)

PARTE 1
Enfermedad, estado o síndrome patológico que produjo la muerte directamente
a) Insuficiencia Respiratoria Aguda Severa — 4 horas
Causas antecedentes, si las hubo, en orden cronológico, anotar la enfermedad básica al último renglón
b) Neumonía por COVID-19 — 14 días
c) Insuficiencia Renal Crónica Tasa Interrotiva — años

PARTE 2
Otras enfermedades significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado patológico que la produjo
Diabetes Mellitus Tipo 2 — años
Hipertensión Arterial — años

20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21. ¿Estaba usted en el momento de su muerte? Embarazada ○ Parto ○ Puerperio ○ No especificado ○
22. ¿Se realizó necropsia en el momento de su muerte? No ○ Sí ○
23. ¿Se realizó necropsia en el momento de su muerte? No ○ Sí ○
24. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

25. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
26. Lugar donde ocurrió la muerte: Vivienda particular ○ Área habitacional ○ Área comercial ○ Área industrial ○ Área agrícola ○ Área de servicios ○ Área de recreación ○ Otro ○ No especificado ○
27. Describa en el desarrollo de los hechos
28. Anote la actividad que estaba el producto agresor (con detalle)
29. La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número
30. Nombre del establecimiento, institución, corporación o empresa donde ocurrió el hecho de presunto accidente, homicidio o suicidio
31. Nombre del lugar donde ocurrió el hecho de presunto accidente, homicidio o suicidio
32. Tipo de establecimiento
33. Nombre del establecimiento hospitalario
34. Número de habitación
35. Tipo de establecimiento
36. Nombre del establecimiento hospitalario
37. Código Postal
38. Localidad
39. Municipio o Alcaldía
40. Entidad federativa

DEL DIF

41. NOMBRE: Angélica (Nombre(s)) Garibaldi (Primer Apellido) Campean (Segundo Apellido)
42. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): mama

DEL CERTIFICANTE

43. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○ Médico legista ○ Otro médico ● Directivo ○ Paramédico perteneciente a la Secretaría de Salud ○ Autoridad civil ○ Otro ○
44. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 3209093 (Número de cédula profesional)
45. NOMBRE: Sofía Alexia (Nombre(s)) Domínguez (Primer Apellido) Yerena (Segundo Apellido)
46. FIRMA
47. DOMICILIO Y TELÉFONO: Protonegocios; Valentín Amador; No. Exterior 1112; No. Interior; Colonia Colonia; Alcaldía o Municipio Ciudad Guerrero Rivas Guillén; Código Postal 78343; Localidad Soledad Graciano S; Municipio o Alcaldía Soledad Graciano S; Entidad federativa San Luis Potosí; Teléfono; Correo electrónico
48. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 04 07 2020 (Día Mes Año)

DEL REG. CIVIL

49. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. ____ Libro Núm. ____
50. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: Localidad

2006256 19

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