

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

200625716

FORMULARIO PARA LA EMISIÓN DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

1. NOMBRE DEL FALLECIDO: Marcelo López Pérez

2. FECHA DE NACIMIENTO: 16/01/1962

3. SEXO: Hombre ☒ / Mujer ☐ / No sé ☐

4. LUGAR DE NACIMIENTO: México

5. CURP: LORH620116HSPPTROS

6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ / Sí ☐ / No sé ☐

7. NACIONALIDAD: Mexicana ☒ / Extranjera ☐ / No sé ☐

8. ESTADO CIVIL: Casado ☒ / Soltero ☐ / Viudo ☐ / Separado ☐ / Divorciado ☐ / No sé ☐

9. ESTADO CONYUGAL: En unión libre ☐ / Separado ☐ / Viudo ☐ / Casado ☐ / No sé ☐

10. RESIDENCIA HABITUAL: Calle 24 de Toluca, 196, Casa habitación, 10.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí

11. ESCOLARIDAD: Primaria ☐ / Secundaria ☐ / Tercera ☐ / Superior ☐ / No sabe leer o escribir ☒

12. OCUPACIÓN HABITUAL: No tiene ocupación ☒ / Ocupado ☐ / No sé ☐

13. APLICACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ☐ / ISSSTE ☐ / SEDENA ☐ / Seguro Popular ☐ / Otro ☐ / IMSS ☐ / PEMEX ☐ / SENAR ☐ / MIS PROPIA ☐ / No sé ☒

14. SITIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Hospital General de Salud, 14.1 Tipo de establecimiento: Hospital General, 14.2 Clase de establecimiento de salud (CLUS): 1

15. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Avenida Valentin Amador, 15.1 Tipo de vivienda: Hospital General, 15.2 Nombre de la vivienda: Hospital General de Salud, 15.3 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 03/03/2020, 04:20

17. ¿FUE ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ / No ☐ / No sé ☐

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? No ☒ / Sí ☐ / No sé ☐

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: (Averigüe y anote en este espacio. Evite usar términos de diagnóstico clínico, como: cáncer, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte definitiva.

PARTE II: Causas antecedentes (Enfermedades, lesiones o estados patológicos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte).

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: Hipertensión Arterial sistémica

21. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 15 A 44 AÑOS? No ☒ / Sí ☐

22. ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: No ☒ / Sí ☐

23. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA MUERTE? No ☒ / Sí ☐

24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A): Hermano

25. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Sí ☒ / No ☐

26. FIRMA: [Firma]

27. NOMBRE: Luis Francisco Pérez

28. DOMICILIO Y TELÉFONO: Calle 24 de Toluca, 196, Casa habitación, 10.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí

29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO: No ☒ / Sí ☐

30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: Calle 24 de Toluca, 196, Casa habitación, 10.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí

31. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 03/03/2020