SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO: 200625717

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: Francisca Martinez Morales
2. FECHA DE NACIMIENTO: 2 2 17 1949
3. SEXO: Mujer ● Hombre ○ Se ignora ○
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: San Luis Potosi
5. CURP: MAMF491222MSPRRR01
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○ No ● Se ignora ○
7. NACIONALIDAD: México ● Otra ○ País:
8. EDAD CUMPLIDA: 70 años cumplidos
9. ESTADO CONYUGAL: Soltero/a ○ Unido/a ● Casado/a ○ Viudo/a ○ Divorciado/a ○ Separado/a ○ Se ignora ○
10. RESIDENCIA HABITUAL: Calle Francisco Gonzalez Bocanegra 22; Colonia Villa de Arista; Villa de Arista San Luis Potosi; C.P. 78940
11. ESCOLARIDAD: Ninguna ○ Preescolar ○ Primaria ● Secundaria ○ Bachillerato o equivalente ○ Profesional ○ Posgrado ○ Se ignora ○
12. OCUPACIÓN HABITUAL: Ama de Casa
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ● IMSS ○ ISSSTE ○ SEDENA ○ Seguro Popular ○ SEMAR ○ IMSS PROSPERA ○ ISSSTE ○ SEDENA ○ SEMAR ○ Otra institución pública ○ Otra institución privada ○ Se ignora ○
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ● IMSS ○ PEMEX ○ SEDENA ○ SEMAR ○ IMSS PROSPERA ○ ISSSTE ○ SEDENA ○ Otra unidad pública ○ Otra unidad privada ○ Hospital General de Soledad
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Prolonguacion Valentin Amador 1112; Colonia Rivas Guillen; Soledad de Graciano Sanchez San Luis Potosi
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 06 07 2020 18:44
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ● No ○ Se ignora ○
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○ No ●

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite abreviaturas, signos de más, términos vagos o imprecisos)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad o lesión y la muerte	Código CIE
PARTE I. a)	Choque Septico	10 dias	
b)	Neumonia Covid 19	12 dias	
c)			
d)			
PARTE II	Hipertension Arterial Sistemica	15 años	
	Artritis Reumatoide	20 años	

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 12 A 54 AÑOS: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo ○ Parto ○ Puerperio ○ Dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo ○ Entre 43 días y 1 año posterior a la terminación del embarazo ○ No estaba embarazada ni en los 42 días previos a la muerte ○
21.2 ¿Las causas anotadas en 19 fueron consecuencia del embarazo, parto o puerperio? Sí ○ No ○
21.3 ¿Las causas anotadas en 19 fueron agravadas por el embarazo, parto o puerperio? Sí ○ No ○
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN (Código CIE)

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un accidente: 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 de comercio ○ Vivienda colectiva (asilo, internado, etc.) ○ Calle o carretera (vía pública) ○ Escuela o centro educativo ○ Área comercial ○ Granja ○ Centro de diversión ○ Zona ○ Se ignora ○
22.4 Anote la ocupación que ejercía al momento de sufrir la lesión (especifique)
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del(la) accidentado, homicidio o suicidio
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del(la) accidentado, 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 REGISTRO

23. NOMBRE: Ma. Isabel Serna Martinez
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Hija
25. NÚM. DE CÉDULA DEL CERTIFICANTE EN MÉDICOS: 5004562

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADO POR: Médico tratante ○ Médico legista ○ Otro médico ● Perito ○ Autoridad civil ○ Otra ○
27. NOMBRE: Jose Daniel Robles Gonzalez
28. FIRMA
29. DOMICILIO Y TELÉFONO: Prolonguacion Valentin Amador 1112; Colonia Rivas Guillen; Soledad de Graciano Sanchez San Luis Potosi
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 07 07 2020

DEL REGISTRO

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

200625717