



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

FOLIO
200625723

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Miguel</u> Nombre(s)		<u>Rangel</u> Primer Apellido		<u>Palacio</u> Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>01/02/1948</u> Día Mes Año		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>México</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>R A D M 4 8 0 2 0 1 H S P N L G O 3</u> Se ignora ☐		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐ Extranjera ☐	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: <u>72</u> Años cumplidos Se ignora ☐		9. ESTADO CONYUGAL Espanolado ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☒ Se ignora ☐			
10. RESIDENCIA HABITUAL Antes el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle</u> <u>Jose Maria Becerra</u> 10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vía <u>124</u> <u>Casa habitación</u> 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>781110</u> <u>San Luis Potosí</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si vivía en el extranjero)					
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Bachillerato u preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☒ 11.1 La escolaridad alcanzada es Comparto ☐ Incompleta ☐ 11.2 Trabajó ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐					
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Ocupación habitual ☐ Se ignora ☒					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otro ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ PEMEX ☐ REMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☒ 13.1 Número de seguridad social (afiliación)					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ <u>Hospital General de Salud</u> 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clase Única de Establecimientos de Salud (C.U.E.S.) Vía pública ☐ Otro tipo ☐ 14.3 Tipo de vía Hogar ☐ Se ignora ☐					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>1112</u> <u>Av. Amador</u> 15.1 Tipo de vivienda 15.2 Nombre de la vía <u>Hospital General</u> <u>Hospital General de Salud</u> 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>781435</u> <u>Sociedad de Grupos Sanitarios</u> <u>San Luis Potosí</u> 15.6 Código Postal 15.7 Localidad 15.8 Municipio o Alcaldía 15.9 Entidad federativa					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>10/03/2020</u> <u>11:40</u> Día Mes Año Hora Minutos					
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☒ Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐					
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐					
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Escriba señas morales de muerte -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (i) como consecuencia de: b) <u>neumonía COVID 19</u> Debido a (ii) como consecuencia de: c) <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u> Debido a (iii) como consecuencia de: d) <u>COVID</u> PARTE II Otro estado patológico significativo que contribuyó a la muerte, pero no relacionado con la enfermedad o estado morales que le produjo <u>COVID</u> Causas antecedentes Ejemplo: morbilidad, si existiera alguna, que produjera la causa consignada arriba, mencionándola en último lugar la causa básica <u>COVID</u> Código CIE <u>7 d10</u> <u>10 d10</u> <u>COVID</u>					
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>7 d10</u> <u>10 d10</u> <u>COVID</u>					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 15 A 54 AÑOS 21.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ E parto ☐ O puerperio ☐ 42 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones graves del embarazo, parto o puerperio? ☐ Sí ☒ No ☐ 21.3 ¿Las causas anotadas corresponden al embarazo, parto o puerperio? ☐ Sí ☒ No ☐ 21.4 ¿Se practicó necropsia? ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐					
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 ¿Siendo donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva (paseo, campo o cancha) ☐ Calle o camión (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o pública ☐ Se ignora ☐ 22.4 ¿Anote la descripción que tenga el presunto agresor (en caso de homicidio): Área industrial (minería, fábrica o mina) ☐ Granja (ganadería o parral) ☐ 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 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda 22.7.2 Nombre de la vía 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					
23. NOMBRE <u>Esperanza</u> <u>Rangel</u> <u>Rivera</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido					
24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>					
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Se ignora ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>7543300</u>					
27. NOMBRE <u>Luis Francisco</u> <u>Pascio</u> <u>Ucile</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido					
28. FIRMA <u>[Firma]</u>					
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Av. Amador</u> <u>Valentin Amador</u> <u>1112</u> 29.1 Tipo de vivienda 29.2 Nombre de la vía 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Hospital General de Salud</u> <u>781435</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa					
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>10/03/2020</u> Día Mes Año					
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					

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

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

200625723