

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
200625885

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO: FRANCISCO
2. FECHA DE NACIMIENTO: 21/11/1965
3. SEXO: MALE
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: GUERRERO
5. EDAD CUMPLIDA: 34
6. HABLARA ALguna LENGUA INDIGENA: NO
7. NACIONALIDAD: MEXICANA
8. ESTADO CONYUGAL: CONYUGADO
9. RESIDENCIA HABITUAL: Calle 233
10.1 Tipo de vivienda: Casa habitación
10.2 Nombre de la vivienda: Plan 17
10.3 Num. Exterior: 718/1113
10.4 Num. Interior: 1113
10.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí
10.6 Localidad: San Luis Potosí
10.7 Código Postal: 718/1113
10.8 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí
10.9 Entidad federativa: San Luis Potosí
11. ESCOLARIDAD: Primaria
12. OCUPACIÓN HABITUAL: Trabajador
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: ISSSTE
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Avenida 1112
15.1 Tipo de vivienda: Hospital General
15.2 Nombre de la vivienda: Hospital General de Salud
15.3 Num. Exterior: 718/4315
15.4 Num. Interior: 4315
15.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí
15.6 Localidad: San Luis Potosí
15.7 Código Postal: 718/4315
15.8 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí
15.9 Entidad federativa: San Luis Potosí
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 15/07/2020
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?: SI
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?: NO

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda
Debido a (o como consecuencia de)

b) Neumonía atípica
Debido a (o como consecuencia de)

c)
Debido a (o como consecuencia de)

d)
Debido a (o como consecuencia de)

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Código CIE: I00

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
El embarazo NO
El parto NO
El puerperio NO
43 días a 11 meses después del parto o aborto NO
No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte NO

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?: NO

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?: NO

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Código CIE: I00

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto:
Accidente NO
Homicidio NO
Suicidio NO
Se ignora NO

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?: NO

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión:
Vivienda particular NO
Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) NO
Escuela u oficina pública NO
Área industrial (taller, fábrica u obra) NO
Área deportiva NO
Calle o carretera (vía pública) NO
Área comercial o de servicio NO
Granja (rancho o parcela) NO
Otro NO
Se ignora NO

22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s):

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:

22.7 Añote 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 Num. Exterior:
22.7.4 Num. 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: Concepción
Nombre(s)
Camacho
Primer Apellido
Zapata
Segundo Apellido

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Hija

25. CERTIFICADA POR:
Médico tratante NO
Médico legista NO
Otro médico NO
Persona autorizada por la Secretaría de Salud NO
Autoridad civil NO
Otro NO

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO:
Número de la cédula profesional: 7543300

27. NOMBRE: Luis Francisco
Nombre(s)
Peláez
Primer Apellido
Valle
Segundo Apellido

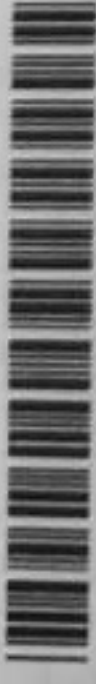
28. FIRMA: [Firma]

29. DOMICILIO y TELÉFONO:
29.1 Tipo de vivienda: Avenida
29.2 Nombre de la vivienda: Valentina Amador
29.3 Num. Exterior: 1112
29.4 Num. Interior: 1112
29.5 Tipo de asentamiento humano: Hospital
29.6 Localidad: San Luis Potosí
29.7 Código Postal: 718/4315
29.8 Localidad: San Luis Potosí
29.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí
29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí
29.11 Teléfono:

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 15/07/2020
Día Mes Año

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO:
Num. Libro Num.

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO:
32.1 Localidad:



200625885