



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

FOLIO
200626027

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

EG.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Maria de la Luz</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO <u>30/06/1954</u>		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>GARLS40630MSPED206</u>		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐		8. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separación ☐ Viuda ☐ Casado ☐ Se ignora ☒	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: <u>66</u> años completos		10. RESIDENCIA HABITUAL Antes el domicilio permanente donde vivió el fallecido (a) <u>dominio conocido</u>		10.1 Tipo de vivienda <u>SN</u>		10.2 Nombre de la vivienda <u>a bordo de caveria sup Tanco</u>	
10.3 Num. Exterior <u>78470</u>		10.4 Num. Interior <u>Rincon del Pinar</u>		10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Rincon del Pinar</u>		10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>	
10.7 Código Postal <u>78470</u>		10.8 Localidad <u>Rincon del Pinar</u>		10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u>		10.10 Entidad federativa o país (a) donde se encuentra el fallecido	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☒		11.1 La escolaridad alcanzada es Completa ☐ Incompleta ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		12.2 Nombre de la ocupación <u>Se ignora</u>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS PROSPERA ☐ PEXEM ☐ SEMAR ☐ Se ignora ☒		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>Se ignora</u>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEXEM ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Otra unidad médica privada ☐		14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Salud</u>	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) <u>Se ignora</u>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Avenida</u>		15.1 Tipo de vivienda <u>112</u>		15.2 Nombre de la vivienda <u>Hospital General de Salud</u>	
15.3 Num. Exterior <u>78435</u>		15.4 Num. Interior <u>Se ignora</u>		15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Se ignora</u>		15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Se ignora</u>	
15.7 Código Postal <u>78435</u>		15.8 Localidad <u>Se ignora</u>		15.9 Municipio o Alcaldía <u>Se ignora</u>		15.10 Entidad federativa <u>Se ignora</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>20/07/2020 17:08</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Escriba señalar modos de muerte - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)	
19.1 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente <u>Síndrome de dificultad respiratoria aguda</u>		19.2 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica <u>Neumonía atípica</u>		19.3 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u>		19.4 Intervento aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>días</u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Codigo CIE <u>Se ignora</u>		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 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 propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒	
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 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o caminata (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicios ☐ Área industrial (taller, fábrica u otra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) <u>Se ignora</u>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número <u>Se ignora</u>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>Se ignora</u>		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda <u>Se ignora</u>		22.7.2 Nombre de la vivienda <u>Se ignora</u>	
22.7.3 Num. Exterior <u>Se ignora</u>		22.7.4 Num. Interior <u>Se ignora</u>		22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Se ignora</u>		22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Se ignora</u>	
22.7.7 Código Postal <u>Se ignora</u>		22.7.8 Localidad <u>Se ignora</u>		22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>Se ignora</u>		22.7.10 Entidad federativa <u>Se ignora</u>	
23. NOMBRE <u>Yadira Ruiz Garcia</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>		25. CERTIFICADA POR Médico materno ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ 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>León Francisco Parra Valle</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>Avenida</u>		29.2 Nombre de la vivienda <u>Valentin Amador</u>	
29.3 Num. Exterior <u>Se ignora</u>		29.4 Num. Interior <u>Se ignora</u>		29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Se ignora</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>20/07/2020</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <u>Se ignora</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u>Se ignora</u>		33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u>Se ignora</u>		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u>Se ignora</u>	

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



200626027