

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

200626030



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

200626030

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Margarita Lagunas Barrera</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>26/01/1951</u>	3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	5. CURP <u>LIA10MS1101126HISPI5BRI07</u>
6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>0</u> Horas <u>0</u> Minutos Para menores de un día: <u>0</u> Días Para menores de un mes: <u>0</u> Meses Para menores de un año: <u>0</u> Años Para personas de un año o más: <u>0169</u> Años cumplidos	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☒ Se ignora ☐
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 10.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Aranda</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>2915100</u> 10.4 Núm. Interior: <u>0</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Barrio</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>El Calvario</u> 10.7 Código Postal: <u>781435</u> 10.8 Localidad: <u>Villa de Reyes</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☒ 11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>Completa</u> 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: <u>Sí</u> No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General de Salud</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>0000000000</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Avenida</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Valentin Amador</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>1112</u> 15.4 Núm. Interior: <u>0</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Colonia</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Rivas Tuillen</u> 15.7 Código Postal: <u>781435</u> 15.8 Localidad: <u>Soledad de Tracierno</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: <u>12</u> Mes: <u>01</u> Año: <u>2020</u> Horas: <u>18</u> Minutos: <u>30</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada región. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Síndrome de dificultad respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonia por Covid 19</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Hipertensión Arterial Sistólica</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moribundo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>Días</u> <u>Años</u>	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u>0</u>
--	--	---	--

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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 ☒	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>0</u>
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 ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐
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: <u>0</u>		
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: <u>0</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u>0</u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u>0</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>0</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>0</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u>0</u> 22.7.7 Código Postal: <u>0</u> 22.7.8 Localidad: <u>0</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>0</u> 22.7.10 Entidad federativa: <u>0</u>		

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

23. NOMBRE Nombre(s): <u>Mayra</u> Primer Apellido: <u>Lagunas</u> Segundo Apellido: <u>Espinosa</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 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>3288380</u>	
27. NOMBRE Nombre(s): <u>Mauro</u> Primer Apellido: <u>Barrera</u> Segundo Apellido: <u>Cuervo</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 Núm. Exterior: <u>1112</u> 29.4 Núm. Interior: <u>0</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Colonia</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Rivas Tuillen</u> 29.7 Código Postal: <u>781435</u> 29.8 Localidad: <u>Soledad de Tracierno</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u>8240100</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: <u>12</u> Mes: <u>01</u> Año: <u>2020</u>	