



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

FOLIO

200626762

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE DATOS PERSONALES OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

200626762

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENCIA

NEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO <u>Graciela Hernandez Mundo</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>08/03/1942</u>	3. SEXO Femenino ☒ Masculino ☐
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Oaxaca</u>	
5. CURP <u>H E M G 6 2 0 3 0 B M O C R N R 0 0</u>	
6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? ☐ Si ☒ No	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐	
8. EDAD COMPLETA Femenino: <u>058</u> años completos Masculino: <u>058</u> años completos	
9. ESTADO CONYUGAL Soltero ☒ Casado ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Divorciado ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL 10.1 Tipo de vivienda: <u>Ciudad</u> 10.2 Nombre de la ciudad: <u>Ignacio Zaragoza</u> 10.3 Tipo de asentamiento humano: <u>Jardines del Sol</u> 10.4 Código Postal: <u>78434</u> 10.5 Localidad: <u>San Luis Potosí</u>	
11. EDUCACIÓN 11.1 Nivel de escolaridad: <u>Primaria</u> 11.2 Estado de escolaridad: <u>Completada</u>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Ocupación: <u>Ama de casa</u> 12.2 Número de semanas de actividad: <u>44</u>	
13. APLICACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 13.1 Tipo de atención: <u>Primaria</u> 13.2 Tipo de atención: <u>Segunda</u> 13.3 Tipo de atención: <u>Tercera</u> 13.4 Tipo de atención: <u>Quarta</u> 13.5 Tipo de atención: <u>Quinta</u> 13.6 Tipo de atención: <u>Sexta</u> 13.7 Tipo de atención: <u>Séptima</u> 13.8 Tipo de atención: <u>Octava</u> 13.9 Tipo de atención: <u>Novena</u> 13.10 Tipo de atención: <u>Decima</u>	
14. SITIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Tipo de sitio: <u>Hospital General de San Luis Potosí</u> 14.2 Nombre de la ciudad: <u>San Luis Potosí</u> 14.3 Tipo de asentamiento humano: <u>Jardines del Sol</u> 14.4 Código Postal: <u>78434</u> 14.5 Localidad: <u>San Luis Potosí</u>	
15. IDENTIFICACIÓN DEL DEFUNTO 15.1 Tipo de identificación: <u>Identificación</u> 15.2 Nombre de la ciudad: <u>San Luis Potosí</u> 15.3 Tipo de asentamiento humano: <u>Jardines del Sol</u> 15.4 Código Postal: <u>78434</u> 15.5 Localidad: <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 16.1 Fecha: <u>03/08/2020</u> 16.2 Hora: <u>02:57</u>	
17. ¿FUE ATENDIDA MEDICAMENTE DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☒ Si ☐ No	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? ☐ Si ☒ No	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN 19.1 Causa principal: <u>Falla orgánica múltiple</u> 19.2 Causa secundaria: <u>Síndrome de distress respiratorio agudo</u> 19.3 Causa terciaria: <u>Neumonía viral COVID 19</u> 19.4 Causa cuaternaria: <u>Diabetes Mellitus 2</u> 19.5 Causa quincuagésima: <u>Obesidad</u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u>03082020</u>	
21. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 15 A 54 AÑOS? ☐ Si ☒ No	
22. ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENCIA, ESPECIFIQUE: 22.1 Tipo de accidente: <u>Accidente</u> 22.2 Tipo de violencia: <u>Violencia</u> 22.3 Tipo de violencia: <u>Violencia</u> 22.4 Tipo de violencia: <u>Violencia</u> 22.5 Tipo de violencia: <u>Violencia</u> 22.6 Tipo de violencia: <u>Violencia</u> 22.7 Tipo de violencia: <u>Violencia</u> 22.8 Tipo de violencia: <u>Violencia</u> 22.9 Tipo de violencia: <u>Violencia</u> 22.10 Tipo de violencia: <u>Violencia</u>	
23. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO CIVIL? ☒ Si ☐ No	
24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(S) <u>Hija</u>	
25. CERTIFICANTE POR 25.1 Tipo de certificado: <u>Medico de turno</u> 25.2 Tipo de certificado: <u>Medico de turno</u> 25.3 Tipo de certificado: <u>Medico de turno</u> 25.4 Tipo de certificado: <u>Medico de turno</u> 25.5 Tipo de certificado: <u>Medico de turno</u> 25.6 Tipo de certificado: <u>Medico de turno</u> 25.7 Tipo de certificado: <u>Medico de turno</u> 25.8 Tipo de certificado: <u>Medico de turno</u> 25.9 Tipo de certificado: <u>Medico de turno</u> 25.10 Tipo de certificado: <u>Medico de turno</u>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO 26.1 Nombre: <u>Jose Alfonso De Luna Marquez</u> 26.2 Tipo de identificación: <u>Identificación</u> 26.3 Tipo de identificación: <u>Identificación</u> 26.4 Tipo de identificación: <u>Identificación</u> 26.5 Tipo de identificación: <u>Identificación</u> 26.6 Tipo de identificación: <u>Identificación</u> 26.7 Tipo de identificación: <u>Identificación</u> 26.8 Tipo de identificación: <u>Identificación</u> 26.9 Tipo de identificación: <u>Identificación</u> 26.10 Tipo de identificación: <u>Identificación</u>	
27. FECHA DE CERTIFICACIÓN 27.1 Fecha: <u>03/08/2020</u> 27.2 Hora: <u>02:57</u>	
28. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 28.1 Tipo de registro: <u>Registro</u> 28.2 Tipo de registro: <u>Registro</u> 28.3 Tipo de registro: <u>Registro</u> 28.4 Tipo de registro: <u>Registro</u> 28.5 Tipo de registro: <u>Registro</u> 28.6 Tipo de registro: <u>Registro</u> 28.7 Tipo de registro: <u>Registro</u> 28.8 Tipo de registro: <u>Registro</u> 28.9 Tipo de registro: <u>Registro</u> 28.10 Tipo de registro: <u>Registro</u>	

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