



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

FOLIO
200627092

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

DE LA DEFUNCIÓN

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>ANDRÉS</u> <u>DOMINGUEZ</u> <u>HERNANDEZ</u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>06</u> <u>11</u> <u>1962</u>	3. SEXO ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>CIN. LUIS ROSA</u>
5. CURP <u>V E H A 6 2 1 1 0 6 H 3 P L A N 0 6</u>	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? ☐ SI ☒ NO ☐ Otro	7. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? ☐ SI ☒ NO ☐ Otro
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u> </u> Minutos Para menores de un día: <u> </u> Horas Para menores de un mes: <u> </u> Días Para menores de un año: <u> </u> Meses Para menores de 28 años: <u> </u> Años 6.1 Foto del Certificado de Nacimiento: <u> </u>	9. ESTADO CONYUGAL Estando casado ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ En unión libre ☐ Desconocido ☐ No aplica ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Antes al domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): <u>Divorciado</u> 10.1 Tipo de vivienda: <u>Villas de las Mercedes</u> 10.2 Número de la vivienda: <u>125</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>7184331</u> 10.4 Núm. Interior: <u> </u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Casa habitacional</u> 10.6 Número del padronamiento humano: <u> </u> 10.7 Código Postal: <u>7184331</u> 10.8 Localidad: <u>Colonia villas del Rosal</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa a donde se recibió en el extranjero: <u>San Luis Potosí</u>		
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Sin escolaridad ☒ Completa ☐ Incompleta ☐		
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajador ☐ No ☒ 12.2 Ocupación: <u>Chofero</u>		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Sin afiliación ☒		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ Hospicio ☒ 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospicio General de San Luis Potosí</u> 14.2 Clave Única de Establecimiento de Salud (CUES): <u> </u>		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Avenida</u> 15.2 Número de la vivienda: <u>1112</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>7184335</u> 15.4 Núm. Interior: <u> </u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Hospicio</u> 15.6 Número del padronamiento humano: <u> </u> 15.7 Código Postal: <u>7184335</u> 15.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</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 <u>03</u> <u>08</u> <u>2012</u> <u>10</u> <u>11</u> <u>2010</u>		
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☒ SI ☐ NO ☐ Sin atención		
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? ☐ SI ☒ NO		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) <u>Síndrome de dificultad respiratoria aguda severa</u> Debido a (a) como consecuencia de: b) <u>Neumonía atípica</u> Debido a (a) como consecuencia de: c) <u> </u> Debido a (a) como consecuencia de: d) <u> </u> CAUSAS ANTERIORES Estados morbosos, si existieron algunos, que produjeron la causa consignada arriba, mencionados en último lugar la causa básica: e) <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u> f) <u>Hipertensión Arterial sistólica</u> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: Código CIE: <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </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 ☐ 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? ☐ SI ☒ NO 21.3 ¿Las causas anotadas corresponden al embarazo, parto o puerperio? ☐ SI ☒ 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? ☐ SI ☒ NO ☐ Se ignora ☐ 22.3 ¿Sólo donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o caminata (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>		
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u> </u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias, hechos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>		
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u> </u> 22.7.1 Tipo de vivienda: <u> </u> 22.7.2 Número de la vivienda: <u> </u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u> </u> 22.7.4 Núm. Interior: <u> </u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u> </u> 22.7.6 Número del padronamiento humano: <u> </u> 22.7.7 Código Postal: <u> </u> 22.7.8 Localidad: <u> </u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u> </u> 22.7.10 Entidad federativa: <u> </u>		
23. NOMBRE <u>NOVELA DEL CONDE</u> <u>DOMINGUEZ</u> <u>RODRIGUEZ</u>		24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>
25. CERTIFICADA POR Médico volante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ <u>Médico legista</u>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>7543300</u> Número de la cédula profesional
27. NOMBRE <u>LOS FRANCISCO</u> <u>RODRIGUEZ</u> <u>VALLE</u>		28. FIRMA <u> </u>
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Avenida</u> <u>Villas de las Mercedes</u> <u>1112</u> 29.1 Tipo de vivienda: <u> </u> 29.2 Número de la vivienda: <u> </u> 29.3 Núm. Exterior: <u>7184335</u> 29.4 Núm. Interior: <u> </u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Hospicio</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>03</u> <u>08</u> <u>2012</u> <u>10</u> <u>11</u> <u>2010</u>
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO Núm. <u> </u> / Acta Núm. <u> </u>		
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Lugar: <u> </u> 32.2 Fecha: <u> </u>		

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