

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

200627094

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

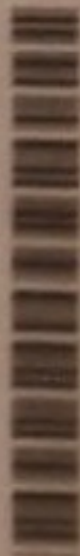
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Manuel de la Paz</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO <u>03/03/1962</u>		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>MO00P620303MSPNR203</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? ☐ Sí ☒ No		7. NACIONALIDAD <u>Mexicana</u>		8. ESTADO CONYUGAL Soltero ☒ Casado ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Subordinado ☐ Concubinato ☐ En unión libre ☐	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de 20 días antes: 5.1 Fecha del Certificado de Nacimiento		Para menores de un año: 5.2 Semanas de gestación		Para menores de un año: 5.3 Puntos (grupos)		10. RESIDENCIA HABITUAL 10.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Vicente Guerrero</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>155</u> 10.4 Núm. Interior: <u>Escuadrillas</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Escuadrillas</u> 10.6 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal: <u>778418</u> 10.8 Localidad: <u>Escuadrillas</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Superior ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☒		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ Incompleta ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: <u>Hogar</u>		12.2 Ocupación habitual o para la que se busca en el extranjero	
13. AFILIACIÓN A SERVICIO DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☒		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General de México</u> 14.2 Clave única de establecimientos de salud (CUESS): <u>1112</u>		14.3 Tipo de establecimiento: <u>Hospital</u>		14.4 Tipo de atención: <u>Urgencia</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Avda</u> 15.2 Núm. Exterior: <u>1112</u> 15.3 Núm. Interior: <u>7784135</u> 15.4 Tipo de asentamiento humano: <u>Hospital</u> 15.5 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 15.6 Localidad: <u>San Luis Potosí</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>03/08/2020</u> <u>12:05</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☒ Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? ☐ Sí ☒ No	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: por asfixia, ahogado, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) <u>Síndrome de Respuesta Inflamatoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de): b) <u>Neumonía COVID 19</u> Debido a (o como consecuencia de): c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de): d) <u></u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código ICD-10 <u>J01.90</u>		21.1 ¿Especifica si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 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	
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 (aula, taller, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐		22.4 Anote la relación que tiene el presunto agresor con el(los) fallecido(s): <u>Indefinida</u>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>1112</u>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias y hechos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>Hospital General de México</u>		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u>Vicente Guerrero</u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u>155</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>Escuadrillas</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Escuadrillas</u> 22.7.6 Localidad: <u>Escuadrillas</u> 22.7.7 Código Postal: <u>778418</u> 22.7.8 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 22.7.9 Entidad Federativa: <u>San Luis Potosí</u>			
23. NOMBRE <u>J. Álvarez</u> <u>Bravo</u> <u>Bravo</u>		24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) <u>Cuñado</u>		25. CERTIFICADA POR: Médico legista ☐ Médico general ☐ Otro médico ☐ Médico asistente ☒		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: <u>7543300</u>	
27. NOMBRE <u>Manuel de la Paz</u> <u>Manuel</u> <u>Manuel</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>03/08/2020</u>		30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 30.2 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 30.3 Entidad Federativa: <u>San Luis Potosí</u> 30.4 Día: <u>03</u> 30.5 Mes: <u>08</u> 30.6 Año: <u>2020</u>	



200627094