



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

FOLIO
200629628
200629628

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Francisco</u> Nombre(s) <u>Delgado</u> Primer Apellido <u>Maza</u> Segundo Apellido		2. FECHA DE NACIMIENTO <u>04/10/1969</u> Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>DEMFG91004MSPLYR08</u> Se ignora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>51</u> Años cumplidos Para menores de un día: <u>51</u> Horas Para menores de un mes: <u>51</u> Días Para menores de un año: <u>51</u> Meses Para personas de un año o más: <u>51</u> Años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>157</u> 10.3 Núm. Exterior <u>78435</u> 10.4 Núm. Interior <u>78435</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Calle</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>78435</u> 10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Hogar</u> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Avenida</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>117</u> 15.3 Núm. Exterior <u>78435</u> 15.4 Núm. Interior <u>78435</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Hospital</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>78435</u> 15.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>24/09/2020</u> Día Mes Año <u>12:43</u> Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) a) <u>Neumonía COVID 19</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Insuficiencia renal crónica</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Diarrea</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Insuficiencia renal crónica</u> Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>10 días</u> <u>10 días</u> Código CIE <u>U09.0</u> <u>U09.0</u>	

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>U09.0</u>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>Amigo</u>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>117</u>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>Hospital</u>		22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad <u>117</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>Hospital</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>78435</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>78435</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Hospital</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 22.7.7 Código Postal <u>78435</u> 22.7.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 22.7.10 Entidad federativa		22.8 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.8.1 Tipo de vialidad <u>117</u> 22.8.2 Nombre de la vialidad <u>Hospital</u> 22.8.3 Núm. Exterior <u>78435</u> 22.8.4 Núm. Interior <u>78435</u> 22.8.5 Tipo de asentamiento humano <u>Hospital</u> 22.8.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 22.8.7 Código Postal <u>78435</u> 22.8.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 22.8.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 22.8.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE <u>Beatriz Izanet</u> Nombre(s) <u>Delgado</u> Primer Apellido <u>Maza</u> Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermana</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>7543300</u> Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE <u>Ignacio Francisco</u> Nombre(s) <u>Rea</u> Primer Apellido <u>Valle</u> Segundo Apellido		28. FIRMA <u>[Firma]</u>		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Avenida</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Valentin Amador</u> 29.3 Núm. Exterior <u>117</u> 29.4 Núm. Interior <u>78435</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Hospital</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>78435</u> 29.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>24/09/2020</u> Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	



200629628