



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

FOLIO
200630437
SECRETARÍA DE SALUD

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN
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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <i>Lopez Cordova Jose Pedro</i>		2. FECHA DE NACIMIENTO <i>13/10/51 9:6:5</i>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <i>San Luis Potosí</i>					
5. CURP <i>LLOCP050531HSPR0006</i>		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <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: Minutos: Para menores de un día: Horas: Para menores de un mes: Días: Para menores de un año: Meses: Para personas de un año o más: <i>055</i> Se ignora <input type="radio"/>					
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): <i>Calle 700 I Maestros</i> 10.1 Tipo de vialidad: <i>Cedra</i> 10.2 Nombre de la vialidad: <i>Cedra</i> 10.3 Núm. Exterior: <i>Cedra</i> 10.4 Núm. Interior: <i>Cedra</i> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <i>Cedra</i> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <i>San Luis Potosí</i> 10.7 Código Postal: <i>Cedra</i> 10.8 Localidad: <i>Cedra</i> 10.9 Municipio o Alcaldía: <i>Cedra</i> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <i>San Luis Potosí</i>		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital <input checked="" type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad: <i>SN</i> 15.2 Nombre de la vialidad: <i>Matenula</i> 15.3 Núm. Exterior: <i>SN</i> 15.4 Núm. Interior: <i>Matenula</i> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <i>Matenula</i> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <i>San Luis Potosí</i> 15.7 Código Postal: <i>Matenula</i> 15.8 Localidad: <i>Matenula</i> 15.9 Municipio o Alcaldía: <i>Matenula</i> 15.10 Entidad federativa: <i>San Luis Potosí</i>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <i>01/10/2010 2:01:50</i>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <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, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <i>Insuficiencia respiratoria aguda</i> b) <i>Neumonia probable COVID-19</i> c) <i>Insuficiencia aguda de múltiples órganos</i> d) <i>Debido a (o como consecuencia de)</i> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <i>J80X</i> <i>J189</i> <i>U072</i> <i>I219</i>		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"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 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"/>		23. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: 23.1 Acta Núm.		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) 24.1 Tipo de vialidad: <i>Matenula</i> 24.2 Nombre de la vialidad: <i>Matenula</i> 24.3 Núm. Exterior: <i>Matenula</i> 24.4 Núm. Interior: <i>Matenula</i> 24.5 Tipo de asentamiento humano: <i>Matenula</i> 24.6 Nombre del asentamiento humano: <i>San Luis Potosí</i> 24.7 Código Postal: <i>Matenula</i> 24.8 Localidad: <i>Matenula</i> 24.9 Municipio o Alcaldía: <i>Matenula</i> 24.10 Entidad federativa: <i>San Luis Potosí</i> 24.11 Teléfono: <i>Matenula</i>	
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"/> Especifique: <i>2034705</i>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <i>2034705</i>		27. NOMBRE <i>Enesto Alfredo Torres Barista</i>		28. FIRMA <i>[Firma]</i>					
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad: <i>Matenula</i> 29.2 Nombre de la vialidad: <i>Matenula</i> 29.3 Núm. Exterior: <i>Matenula</i> 29.4 Núm. Interior: <i>Matenula</i> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <i>Matenula</i> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <i>San Luis Potosí</i> 29.7 Código Postal: <i>Matenula</i> 29.8 Localidad: <i>Matenula</i> 29.9 Municipio o Alcaldía: <i>Matenula</i> 29.10 Entidad federativa: <i>San Luis Potosí</i> 29.11 Teléfono: <i>Matenula</i>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <i>01/10/2010 2:01:50</i>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <i>Matenula</i> Libro Núm. <i>Matenula</i>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <i>Matenula</i> 32.2 Municipio o Alcaldía: <i>Matenula</i> 32.3 Entidad federativa: <i>San Luis Potosí</i> 32.4 Día: <i>01</i> Mes: <i>10</i> Año: <i>2010</i>					

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD