

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

FOLIO
200630437
LEP00030437
CPOC9002LEP0C9003LEP0C9004LEP0C9005LEP0C9006LEP0C9007LEP0C9008LEP0C9009LEP0C9010LEP0C9011



1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Lopez Cordova Jose Pedro											
2. FECHA DE NACIMIENTO 31/10/1965 Hombre O1 Mujer O2 Se ignora O9						3. SEXO Hombre O1 Mujer O2 Se ignora O9					
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Cedral San Luis Potosi						5. CURP LLOCP860531HSP4006 Se ignora O99					
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si O1 No O2 Se ignora O9						7. NACIONALIDAD Mexicana O1 Otra O2 Especifique					
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 Años cumplidos Se ignora O9											
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 16 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):											
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle 7001 Madero											
10.1 Tipo de vialidad Cedral Cedral						10.2 Nombre de la vialidad Cedral SCP					
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano Cedral						10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosi					
10.7 Código Postal 10.8 Localidad						10.9 Municipio o Alcaldía Cedral					
11. ESCOLARIDAD Ninguna O1 Preescolar O12 Primaria O3 Secundaria O5 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa O1 Incompleta O2 Se ignora O99											
Bachillerato o preparatoria O7 Profesional O8 Posgrado O10 Se ignora O99											
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna O1 ISSSTE O3 SEDENA O5 Seguro Popular O7 Otra O8 13.1 Número de seguridad social o afiliación IMSS O2 PEMEX O4 SEMAR O6 IMSS PROSPERA O10 Se ignora O99											
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud O1 IMSS O3 PEMEX O5 SEMAR O7 14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General Maternal Vía pública O10 Otro lugar O12 IMSS PROSPERA O2 ISSSTE O4 SEDENA O6 Otra unidad pública O8 Unidad médica privada O9 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)											
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN S/N Calle 7001 Madero 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad											
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano Maternal						15.6 Nombre del asentamiento humano Maternal San Luis Potosi					
15.7 Código Postal 15.8 Localidad						15.9 Municipio o Alcaldía Maternal 15.10 Entidad federativa					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 01/10/2020 15:00 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si O1 No O2 Se ignora O9 18. ¿SE PRACTICÓ NEUROPSIA? Si O1 No O2											
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)											
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente											
a) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de)											
b) Neumonía de Posible COVID-19 Debido a (o como consecuencia de)											
c) Inhalación aguda de monóxido de carbono Debido a (o como consecuencia de)											
d)											
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo											
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:											
El embarazo O1 El parto O2 El puerperio O3 21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si O1 No O2 21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si O1 No O2 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE											
43 días a 11 meses después del parto o aborto O4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte O5 21.4 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte											
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión											
22.1 Fue un presunto accidente O1 Homicidio O2 Suicidio O3 Se ignora O9 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)											
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si O1 No O2 Se ignora O9 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:											
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio											
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad 22.7.2 Nombre de la vialidad											
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano											
22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa											
23. NOMBRE Ernesto Alfredo Torres Bartista											
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) 2034705											
25. CERTIFICADA POR Médico tratante O1 Médico legista O2 Otro médico O3 Especifique Número de la cédula profesional											
Persona autorizada por la Secretaría de Salud O4 Autoridad civil O5 Otro O8											
27. NOMBRE Ernesto Alfredo Torres Bartista											
28. FIRMA											
29. DOMICILIO y TELÉFONO Mérida # 101 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano											
29.6 Nombre del asentamiento humano Maternal 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono 29.12 Fecha de certificación											
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA o JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad											
31. Acta Núm. 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día 32.5 Mes 32.6 Año											

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

*SILA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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 ESTAN 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



200630437

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL