



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

FOLIO
200630584

*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) SABINO MUNIZ MANZANALEZ		2. FECHA DE NACIMIENTO 17/10/1953		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí					
5. CURP MUNSE30417HSLXNB		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐		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: 67					
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☒ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): calle Regules 10.1 Tipo de vialidad: Regules 10.2 Nombre de la vialidad: Regules 10.3 Núm. Exterior: 515 10.4 Núm. Interior: 78789 10.5 Tipo de asentamiento humano: Matemula 10.6 Nombre del asentamiento humano: Matemula 10.7 Código Postal: 78789 10.8 Localidad: Matemula 10.9 Municipio o Alcaldía: SLP 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): SLP		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Se ignora ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☒ Otra ☐ Se ignora ☐		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital General ☒ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad: carretera 15.2 Nombre de la vialidad: carretera 15.3 Núm. Exterior: 601 15.4 Núm. Interior: col. campo Betania 15.5 Tipo de asentamiento humano: campo Betania 15.6 Nombre del asentamiento humano: campo Betania 15.7 Código Postal: 78789 15.8 Localidad: Matemula 15.9 Municipio o Alcaldía: SLP 15.10 Entidad federativa: SLP		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: 10 Mes: 08 Año: 2020 Horas: 07 Minutos: 45		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: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Neumonía Debido a (o como consecuencia de) sospechoso de covid. b) sospechoso de covid. Debido a (o como consecuencia de) sospechoso de covid. c) sospechoso de covid. Debido a (o como consecuencia de) sospechoso de covid. d) sospechoso de covid. Debido a (o como consecuencia de) sospechoso de covid. PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moribundo que la produjo diabético Hipertenso		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 5 días		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE J189 002		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 25 a. 25 a		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE E149 110X			
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 ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) hija		25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique: 1959428		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 1959428	
27. NOMBRE pablo 27.1 Tipo de vialidad: carretera 27.2 Nombre de la vialidad: la Paz 27.3 Núm. Exterior: 601 27.4 Núm. Interior: col. campo Betania 27.5 Tipo de asentamiento humano: campo Betania 27.6 Nombre del asentamiento humano: campo Betania 27.7 Código Postal: 78789 27.8 Localidad: Matemula 27.9 Municipio o Alcaldía: SLP 27.10 Entidad federativa: SLP		28. FIRMA 1959428		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad: carretera 29.2 Nombre de la vialidad: la Paz 29.3 Núm. Exterior: 601 29.4 Núm. Interior: col. campo Betania 29.5 Tipo de asentamiento humano: campo Betania 29.6 Nombre del asentamiento humano: campo Betania 29.7 Código Postal: 78789 29.8 Localidad: Matemula 29.9 Municipio o Alcaldía: SLP 29.10 Entidad federativa: SLP 29.11 Teléfono: 78789		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: 10 Mes: 08 Año: 2020		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm.: 78789 31.1 Acta Núm.: 78789		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: Matemula 32.2 Municipio o Alcaldía: SLP 32.3 Entidad federativa: SLP 32.4 Día: 10 Mes: 08 Año: 2020	

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