



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
2006347362006347362006347362006
200634736
200634736
47362006347362006347362006347362006
200634736

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	J. Apolinario Flores		Primer Apellido	Segundo Apellido		
	Nombre(s)						
2. FECHA DE NACIMIENTO	08/01/1945	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí		
Dia	Mes	Año		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP			Se ignora <input type="radio"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		
			<input type="radio"/>	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>		
8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora	Para menores de un dia	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más		
	Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos		
Para menores de 28 días anote:			8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:							
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad			
	57			Alvaro Obregón			
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano				
		Poxantla	Tumazunchale	San Luis Potosí			
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input checked="" type="radio"/> Bachillerato preparatoria <input type="radio"/>	Primaria <input checked="" type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL		
	12	3	5	Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>	Agricultor <input type="radio"/>		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación		
	2	4	6	7			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Unidad médica privada <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>	Hospital General de Ciudad Valles.	Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/>			
	1	5	7	10			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	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	15.6 Nombre del asentamiento humano				
		Ciudad Valles	San Luis Potosí				
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	09/06/2020	15.11 Horas	15.12 Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROSCOPÍA?		
Dia	Mes			Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)	19.1 PARTES I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente					19.2 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
	a)	Insuficiencia Respiratoria Aguda 39-40 horas					
	b)	COVID-19 virus no identificado 3-4 días					
	c)						
	d)						
20. PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo	Diabetes mellitus 2 Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica					8-10 años	
						10 años	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:					21.2.1 Uso exclusivo del personal colectivo	
	El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/> 5	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	21.2.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3.1 Uso exclusivo del personal colectivo	
	1	4	3	1	No	21.3.2 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
				0	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/>	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el fallecido(a)			
	1	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina <input type="radio"/>	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>			
	2	9	0	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>			
	3	0	1	Se ignora <input type="radio"/>			
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos 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	J. Apolinario Flores	Primer Apellido	Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s)							
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/>	Otro médico* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
	1	2	3	4011701			
	4	5	8	*Especifique			
27. NOMBRE	Rubén Alberto Maldonado	Primer Apellido	Segundo Apellido	28. FIRMA			
Nombre(s)							
29. DOMICILIO y TELÉFONO	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	29.7 Código Postal	29.8 Localidad					
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	04/06/2020						
DEL INF.	DEL CERTIFICANTE						