



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

FECHA: 06/06/2020
FOLIO
200634793

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

200634793

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Guillermo Arellano Cueva</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>27/09/1953</u>	3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>AEGG530927MSPRVLO9</u>	
6. (HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA?) Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐ Se ignora ☐	
8. EDAD Para menores de una hora: Minutos: <u>06</u> Para menores de un día: Horas: <u>06</u> Para menores de un mes: Días: <u>06</u> Para menores de un año: Meses: <u>06</u> Para menores de un año o más: Años completos: <u>06</u> Se ignora ☐	
9. ESTADO CONYUGAL Separación ☐ Viuda ☐ Casado ☒ En unión libre ☐ Divorciado ☐ Soltero ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Antes de fallecer permanentemente donde vivía el fallecido: 10.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la ciudad: <u>Carmona</u> 10.3 Num. Exterior: <u>32</u> 10.4 Num. Interior: <u>791000</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Cd. Valles</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Cd. Valles</u> 10.7 Código Postal: <u>791000</u> 10.8 Localidad: <u>Cd. Valles</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país de residencia en el extranjero: <u>San Luis Potosí</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Tercera ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☒ Incompleta ☐	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 12.2 Nombre de la actividad: <u>Ama de casa</u> 12.3 Número de seguridad social o afiliación: <u>4181540331 6F1953PE</u>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ BISS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ BISS PROSPERA ☐ Se ignora ☐	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ BISS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Av. Boulevard Mexico-Laredo</u> 14.2 ¿Una de las 8 unidades médicas de Salud (CLUS)? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Num. Exterior: <u>914</u> 15.2 Num. Interior: <u>791000</u> 15.3 Tipo de asentamiento humano: <u>Cd. Valles</u> 15.4 Nombre del asentamiento humano: <u>Cd. Valles</u> 15.5 Código Postal: <u>791000</u> 15.6 Localidad: <u>Cd. Valles</u> 15.7 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 15.8 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: <u>06</u> Mes: <u>06</u> Año: <u>2020</u> Hora: <u>01</u> Minutos: <u>23</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: ejemplo: por accidente, asfixia, etc.) Intereso acordado entre el médico de la enfermedad y el médico del puerperio: a) <u>Síndrome de Distres Respiratorio Agudo</u> 24 horas b) <u>Neumonía Viral No Identificada</u> 48 horas c) <u>Hipertensión Arterial Sistémica</u> 30 años d) <u></u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u></u>	
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 ☐ 21.2 ¿Las causas anotadas corresponden al embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Acidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 ¿En qué circunstancia ocurrió la lesión? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o tránsito (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Anote la situación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): Área industrial (trabaja, fabrica u otra) ☐ Granja (trabaja o produce) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u></u> 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 vivienda: <u></u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u></u> 22.7.3 Num. Exterior: <u></u> 22.7.4 Num. Interior: <u></u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u></u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u></u> 22.7.7 Código Postal: <u></u> 22.7.8 Localidad: <u></u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u></u> 22.7.10 Entidad federativa: <u></u>	
23. NOMBRE <u>Jorge Alberto Golvan Flores</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Esposo</u>	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: <u>7253917</u>	
27. NOMBRE <u>Alejandro Reyes Gómez</u>	
28. FIRMA <u></u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Av. Mexico-Laredo</u> 29.2 Nombre de la ciudad: <u>914</u> 29.3 Num. Exterior: <u>791000</u> 29.4 Num. Interior: <u>791000</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Cd. Valles</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Cd. Valles</u> 29.7 Código Postal: <u>791000</u> 29.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u></u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: <u>06</u> Mes: <u>06</u> Año: <u>2020</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Num. <u></u> E-ero Num. <u></u> 31.1 Acta Num. <u></u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u></u> 32.2 Municipio o Alcaldía: <u></u> 32.3 Entidad federativa: <u></u> 32.4 Día: <u></u> Mes: <u></u> Año: <u></u>	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD