



41-78-56 0128

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

200635325

38 U  
25  
100  
IN

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE MENCIONAR EN SU EXPEDICIÓN 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



200635325

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s): <u>Angel</u> <u>Fernandez</u> <u>Hernandez</u> Primer Apellido: <u>Fernandez</u> Segundo Apellido: <u>Hernandez</u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día: <u>12</u> Mes: <u>09</u> Año: <u>1956</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP <u>FEH19560912HSPRRH04</u> Se ignora <input type="radio"/>	6. HABLABA 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: <u>06</u> Horas: <u>4</u> Para menores de un día: Horas: <u>06</u> Minutos: <u>4</u> Para menores de un mes: Días: <u>06</u> Meses: <u>4</u> Para menores de un año: Años: <u>06</u> Meses: <u>4</u> Para menores de 28 días antes: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <u>700 B</u> 8.2 Semanas de gestación: <u>34</u> 8.3 Peso (gramos): <u>3400</u>	9. ESTADO CONYUGAL Separado <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Convaleciente <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	10. RESIDENCIA HABITUAL Añade el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): 10.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>El Comienzo</u> 10.3 Num. Exterior: <u>790</u> 10.4 Num. Interior: <u>B</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal: <u>79000</u> 10.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 10.9 Municipio o Atlatlán: <u>Ciudad Valles</u> 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Pensionado</u> 12.1 Trabajado: Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General de Zona 6</u> 14.2 Calle Unión de Exascomentarios de Salud (CLUES): <u>Boulevard Fraccionamiento</u>	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Fraccionamiento</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>19 Enero</u> 15.3 Num. Exterior: <u>790</u> 15.4 Num. Interior: <u>000</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal: <u>79000</u> 15.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 15.9 Municipio o Atlatlán: <u>Ciudad Valles</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: <u>18</u> Mes: <u>07</u> Año: <u>2019</u> Horas: <u>06</u> Minutos: <u>55</u>
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" 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 (Añade una sola causa en cada renglón. Evita señalar modos de morir - ejemplo: para cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) <u>COVID-19</u> b) <u>Acidosis</u> c) <u>Debido a (o con) consecuencia de:</u> d) <u>Debido a (o con) consecuencia de:</u> e) <u>Debido a (o con) consecuencia de:</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte: f) <u></u> g) <u></u> h) <u></u>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>U071</u> <u>E872</u>
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurre durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones directas del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> 22.2 ¿Cuánto en el desarrollo de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o camión (vía pública) <input type="radio"/> Café o oficina pública <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 22.4 Añade la relación que tiene el presunto agresor con el(los) fallecido(s): Amig(a) <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Vecino(a) <input type="radio"/> Otro(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.5 La defunción fue registrada en el Registro Público con el acta número: 22.6 Describe brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7 Añade el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: 22.7.2 Nombre de la vivienda: 22.7.3 Num. Exterior: 22.7.4 Num. 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 Atlatlán: 22.7.10 Entidad federativa:
23. NOMBRE Nombre(s): <u>Angelica</u> <u>Hernandez</u> <u>Ramirez</u> Primer Apellido: <u>Hernandez</u> Segundo Apellido: <u>Ramirez</u>		24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) <u>Esposa</u>
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Médico de guardia <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad Civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>10471611</u> Número de la cédula profesional
27. NOMBRE Nombre(s): <u>Osca</u> <u>Manuel</u> <u>Rivera</u> <u>Villalobos</u> Primer Apellido: <u>Rivera</u> Segundo Apellido: <u>Villalobos</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Boulevard</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>México - Laredo</u> 29.3 Num. Exterior: <u>414</u> 29.4 Num. Interior: <u>Fraccionamiento</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal: <u>79000</u> 29.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 29.9 Municipio o Atlatlán: <u>Ciudad Valles</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: <u>18</u> Mes: <u>07</u> Año: <u>2019</u>
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Nombre: <u></u> Libro: <u></u> 31.1 Acta Num.: <u></u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u></u> 32.2 Municipio o Atlatlán: <u></u> 32.3 Entidad federativa: <u></u> 32.4 Día: <u></u> Mes: <u></u> Año: <u></u>

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