

SECRETARÍA DE SALUD		FOLIO 314	
-4- CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN		200635328	
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO			
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>J. Guadalupe Díaz de León</u> <u>Reyes</u>			
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>02/02/1961</u>		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>		5. CURP <u>D112961102102451P24D01</u>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>5</u> Para menores de un día: <u>9</u> Para menores de un mes: <u>1</u> Para menores de un año o más: <u>59</u>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Vuelto(a) ☐ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☒ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle</u> <u>104</u> <u>Andrés de Olmos</u> <u>Lomas Poniente</u>			
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐			
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Si ☐ No ☒ Se ignora ☐			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS PROSPERA ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Zona 6</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>140211</u>			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>15</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>15 de Mayo</u> 15.3 Num. Exterior <u>15</u> 15.4 Num. Interior <u>15</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>15</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>15 de Mayo</u> 15.7 Código Postal <u>15</u> 15.8 Localidad <u>15</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>15</u> 15.10 Entidad federativa <u>15</u>			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>16/03/2020</u> <u>13:15</u>			
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐			
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> b) <u>Sospecho de coronavirus SARS-COV-2</u> c) <u>Diabetes mellitus asociada con desnutrición</u> d) <u></u>			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>J96.0</u> <u>U07.2</u> <u>E12.6</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 ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 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 ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Área comercial o de servicio ☐ Escuela u oficina pública ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐			
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) <u>Esposo</u>			
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número <u>1042611</u>			
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u></u>			
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda <u>15</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda <u>15 de Mayo</u> 22.7.3 Num. Exterior <u>15</u> 22.7.4 Num. Interior <u>15</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>15</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>15 de Mayo</u> 22.7.7 Código Postal <u>15</u> 22.7.8 Localidad <u>15</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>15</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>15</u>			
23. NOMBRE <u>Julia</u> <u>De León</u> <u>Oyarvide</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 <u>1042611</u>			
27. NOMBRE <u>Julia</u> <u>De León</u> <u>Oyarvide</u>			
28. FIRMA <u></u>			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>15</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>15 de Mayo</u> 29.3 Num. Exterior <u>15</u> 29.4 Num. Interior <u>15</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>15</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>15 de Mayo</u> 29.7 Código Postal <u>15</u> 29.8 Localidad <u>15</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>15</u> 29.10 Entidad federativa <u>15</u> 29.11 Teléfono <u>15</u>			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>16/03/2020</u>			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>15</u> Libro Núm. <u>15</u>			
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>15</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>15</u> 32.3 Entidad federativa <u>15</u> 32.4 Día <u>16</u> 32.5 Mes <u>03</u> 32.6 Año <u>2020</u>			

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