



41-65-40-1023

SECRETARÍA DE SALUD -4 CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

416206- FOLIO 317
200635332

SM1940 PE ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Felipe</u> <u>Hernandez</u> <u>Zanata</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>11/6/03</u> <u>11</u> <u>9</u> <u>4</u> <u>10</u> Día Mes Año	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>H1E1Z1F1410101311161H1S1P1R1P1110101</u> Se ignora <input type="radio"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <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: <u>0</u> <u>0</u> <u>0</u> Minutos Para menores de un día: <u>0</u> <u>0</u> <u>0</u> Horas Para menores de un mes: <u>0</u> <u>0</u> <u>0</u> Días Para menores de un año: <u>0</u> <u>0</u> <u>0</u> Meses Para personas de un año o más: <u>0</u> <u>3</u> <u>0</u> Años cumplidos	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>188</u> <u>1791216101</u> <u>Ciudad Valles</u> <u>Ciudad Valles</u> <u>San Luis Potosí</u> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 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 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"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Reservista</u> Se ignora <input type="radio"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>4165401023</u> <u>SM1940 PE</u>	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>914</u> <u>1791010101</u> <u>Ciudad Valles</u> <u>Ciudad Valles</u> <u>San Luis Potosí</u> 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 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>11/6/03</u> <u>12</u> <u>0</u> <u>13</u> <u>10</u> Día Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Neumonia no especificada</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Diabetes Mellitus no especificada</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Hipertensión esencial Primaria</u> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo PARTE II Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 17 días 17 días 3 años 30 años Código CIE J18.9 U07.1 T10.X E14.9
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>U07.1</u>		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input 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"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>11</u>
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>1791010101</u>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>19 de Enero</u>
22.7 Añote 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 <u>NOEMI</u> <u>HAEZ</u> <u>LONDAVERDE</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>hija</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" 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 Número de la cédula profesional <u>97595119</u>		27. NOMBRE <u>León</u> <u>Olivo</u> <u>Hernandez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido
28. FIRMA <u>[Firma]</u>		29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>19 de Enero</u> <u>1791010101</u> <u>Ciudad Valles</u> <u>Ciudad Valles</u> <u>San Luis Potosí</u> 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 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>11/6/03</u> <u>12</u> <u>0</u> <u>13</u> <u>10</u> Día Mes Año		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>1</u> Libro Núm. <u>1</u>
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>1791010101</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>Ciudad Valles</u> 32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día <u>11</u> Mes <u>6</u> Año <u>2003</u>		31.1 Acta Núm. <u>1</u>

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