



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
200635488

Raf

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REVISAR SI LA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS DESPUÉS DE EMITIDA, PARA REVISAR SI HAY ALGUNA OBSERVACIÓN. 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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>J. Refugio Araujo Ruiz</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>04/07/1959</u> Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. CURP <u>AARW5907104HSRIZF116</u>		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"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: <u>61</u> Años cumplidos	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	
8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Callejón</u> <u>Guadalupe Victoria</u> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad <u>Zona</u> <u>Centro</u>		10.3 Núm. Exterior: <u>79999</u> 10.4 Núm. Interior: <u>79999</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>79999</u> 10.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input 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 type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Desempleado</u> Se ignora <input type="radio"/>	
12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación:	
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 type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.2 Tipo de afiliación: Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <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"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> <u>Hospital General Valles</u> 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>S 9 3 5 6</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>09356</u>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Carretera</u> <u>México Iaredo Km 7</u> Fraccionamiento <u>Oxitipa</u> 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad	
15.3 Núm. Exterior: <u>79999</u> 15.4 Núm. Interior: <u>79999</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>79999</u> 15.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>3/20/2020 20:20:51</u> Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Falla Orgánica Múltiple</u> Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>5 min</u> <u>7 días</u> <u>10 días</u> Código CIE <u>R668</u> <u>J960</u> <u>U071</u>	
b) <u>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de)			
c) <u>Neumonía viral, COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de)			
d) _____ Debido a (o como consecuencia de)			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
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"/> 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 propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <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"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
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: _____			

