41-86-69-0289 — 7 — HMI942012

Modelo 2017.1 FOLIO HC20C-339

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

200635505

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Ernesto (Nombre(s)) — Reyes (Primer Apellido) — Luciana (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO: 07 11 1942 (Día Mes Año)

3. SEXO: Hombre ●1 Mujer ○2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: San Luis Potosí (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP: RELE421107HSPYCR02 Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ●1 No ○2 Se ignora ○9

7. NACIONALIDAD: Mexicana ○1 Otra ○2 → Especifique — Se ignora ○9

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 77 Años cumplidos — Se ignora ○9

Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: ___ 8.2 Semanas de gestación: ___ 8.3 Peso (gramos): ___

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) ○6 Viudo(a) ○2 Casado(a) ○5 En unión libre ○4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ○1 Se ignora ○9

10. RESIDENCIA HABITUAL — Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: Fraccionamiento — 10.2 Nombre de la vialidad: Atencuitl
10.3 Núm. Exterior: 735 — 10.4 Núm. Interior: ___
10.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles — 10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí
10.7 Código Postal: 79040 — 10.8 Localidad: Ciudad Valles — 10.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles — 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria ●3 Secundaria ○5 Bachillerato o preparatoria ○7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ●1 Incompleta ○2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: Pensionado — Se ignora ○99
12.1 Trabajaba: Sí ○1 No ●2 Se ignora ○9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○1 ISSSTE ○3 SEDENA ○5 Seguro Popular ○7 Otra ○8 IMSS ●2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS PROSPERA ○10 Se ignora ○99
13.1 Número de seguridad social o afiliación: 41866902897

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ○1 IMSS ●3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS PROSPERA ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9 — Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99
14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General Zona 6
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): ___

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Domicilio conocido
15.1 Tipo de vialidad: Fraccionamiento — 15.2 Nombre de la vialidad: 19 de Enero
15.3 Núm. Exterior: 714 — 15.4 Núm. Interior: ___
15.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles — 15.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí
15.7 Código Postal: 79040 — 15.8 Localidad: Ciudad Valles — 15.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles — 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 21 07 2020 — 15 16 (Día Mes Año — Horas Minutos)

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ●1 No ○2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○1 No ●2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE
PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Insuficiencia Respiratoria Aguda	12 horas	J96.0
	Debido a (o como consecuencia de)		
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Neumonía no especificada	5 días	J18.9
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c)		
	Debido a (o como consecuencia de)		
	d)		
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○1 El parto ○2 El puerperio ○3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

Uso exclusivo del personal codificador — 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: J189

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Área deportiva ○3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Calle o carretera (vía pública) ○4 Escuela u oficina pública ○2 Área comercial o de servicio ○5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○9
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: ___
22.7.7 Código Postal: ___ 22.7.8 Localidad: ___ 22.7.9 Municipio o Alcaldía: ___ 22.7.10 Entidad federativa: ___

DEL INF.

23. NOMBRE: Ernesto (Nombre(s)) — Reyes (Primer Apellido) — Molina (Segundo Apellido)

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Hijo

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○1 Médico legista ○2 Otro médico* ●3 De Guardia Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil* ○5 Otro* ○8 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 9685936 (Número de la cédula profesional)

27. NOMBRE: Víctor Antonio González Hernández (Nombre(s) — Primer Apellido — Segundo Apellido)

28. FIRMA: ___

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Boulevard — 29.2 Nombre de la vialidad: Nevra Terán — 29.3 Núm. Exterior: 714 — 29.4 Núm. Interior: ___ — 29.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento
29.6 Nombre del asentamiento humano: 19 de Enero — 29.7 Código Postal: 79040 — 29.8 Localidad: Ciudad Valles
29.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles — 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí — 29.11 Teléfono: ___

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 21 07 2020 (Día Mes Año)

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. ___, Libro Núm. ___
31.1 Acta Núm. ___

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad: ___ 32.2 Municipio o Alcaldía: ___ 32.3 Entidad federativa: ___ 32.4 Día Mes Año: ___

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

200635505

Escaneado con CamScanner