



41-65-48-1212
541948

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO
200635508

13
SERVI
-25-
MED
INT

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Arduo</u> <u>Juarez</u> <u>Ortega</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO <u>16/10/1948</u>		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Sexo ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Veracruz</u>	
5. CURP <u>IVU0N4810916MTSIRIR1012</u>		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Si ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Ciudadana ☐ Extranjera ☐		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: <u>71</u> años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL Casado(a) ☐ Viudo(a) ☒ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ En unión libre ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a): 10.1 Tipo de vivienda: <u>336</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Infancia</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>1791210</u> 10.4 Núm. Interior: <u>1791210</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valle</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Ciudad Valle</u> 10.7 Código Postal: <u>29000</u> 10.8 Localidad: <u>Ciudad Valle</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 ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: <u>Trabajador</u> Sí ☐ No ☒ Si ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>914</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Infancia</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>1791210</u> 15.4 Núm. Interior: <u>1791210</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valle</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Ciudad Valle</u> 15.7 Código Postal: <u>29000</u> 15.8 Localidad: <u>Ciudad Valle</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 Día: <u>22</u> Mes: <u>07</u> Año: <u>2020</u> Horas: <u>10</u> Minutos: <u>35</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de): b) <u>Edema pulmonar</u> Debido a (o como consecuencia de): c) <u>Neumonía</u> Debido a (o como consecuencia de): d) <u>COVID-19</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo: <u>Diabetes Mellitus</u> <u>Enfermedad</u>		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 ☐ 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 ☐		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒		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? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva (talón, fábrica u obra) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agravador con el(los) fallecido(s): <u>1948</u>		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>1791210</u>	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>1791210</u>		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: <u>914</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u>Infancia</u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u>1791210</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>1791210</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valle</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Ciudad Valle</u> 22.7.7 Código Postal: <u>29000</u> 22.7.8 Localidad: <u>Ciudad Valle</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 22.7.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		23. NOMBRE <u>Arduo</u> <u>Juarez</u> <u>Plascencia</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>1148</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: Número de la cédula profesional: <u>2190664</u>		27. NOMBRE <u>Arduo</u> <u>Juarez</u> <u>Ramirez</u>		28. FIRMA <u>Arduo</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>914</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Infancia</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>1791210</u> 29.4 Núm. Interior: <u>1791210</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valle</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Ciudad Valle</u> 29.7 Código Postal: <u>29000</u> 29.8 Localidad: <u>Ciudad Valle</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u>1791210</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: <u>22</u> Mes: <u>07</u> Año: <u>2020</u>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm.: <u>1791210</u> Libro Núm.: <u>1791210</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: <u>1791210</u> 32.2 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 32.3 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día: <u>22</u> Mes: <u>07</u> Año: <u>2020</u>	



200635508

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