



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

FOLIO
200635783

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS AFILIADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Delfino Fernandez Lopez	
2. FECHA DE NACIMIENTO 24/12/1940	
3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP FELD401224HSPRPK03	
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"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <input type="text"/> Minutos <input type="text"/> Para menores de un día: <input type="text"/> Horas <input type="text"/> Para menores de un mes: <input type="text"/> Días <input type="text"/> Para menores de un año: <input type="text"/> Meses <input type="text"/> Para personas de un año o más: 79 Años cumplidos <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> En unión libre <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) Carretera 19 Colanta 1a Dependencia 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior 7918219 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano San Vicente Encarnación 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal 7918219 10.8 Localidad San Vicente Encarnación 10.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Pensionado Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación FELD401224-90	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica Clínica Hospital Hospital ISSSTE 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1509 Calle Colanta 15.1 Tipo de vialidad Francia 730 mapeo 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior 791050 15.4 Núm. Interior Colanta 15.5 Tipo de asentamiento humano Altavista 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 791050 15.8 Localidad Uallab 15.9 Municipio o Alcaldía Uallab 15.10 Entidad federativa SLP	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 05/08/2020 11:30	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de) b) Neumonía Debido a (o como consecuencia de) c) Caso Sospechoso COVID-19 Debido a (o como consecuencia de) d) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 2 días 2 días 2 días Código CIE J960 J189 U091	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE J960	
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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Añote 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 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 <input type="text"/> 22.7.4 Núm. Interior <input type="text"/> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.7 Código Postal <input type="text"/> 22.7.8 Localidad <input type="text"/> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <input type="text"/> 22.7.10 Entidad federativa <input type="text"/>	
23. NOMBRE Alejandro Fernandez Lara	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) 2811440	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 2811440 Número de la cédula profesional 27. NOMBRE Kaba Contreras Guzman 28. FIRMA 29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad Calle 29.2 Nombre de la vialidad Francia 29.3 Núm. Exterior 1509 29.4 Núm. Interior Colanta 29.5 Tipo de asentamiento humano Altavista 29.6 Nombre del asentamiento humano Uallab 29.7 Código Postal 791050 29.8 Localidad Uallab 29.9 Municipio o Alcaldía SLP 29.10 Entidad federativa SLP 29.11 Teléfono 9813848888	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 05/08/2020	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA/JUZGADO Uallab SLP 12 Agosto 2020	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Uallab SLP 12 Agosto 2020	

200635783