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

FOLIO 200635859

*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

200635859

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Esperanza (Nombre(s)) Covellan (Primer Apellido) Perez (Segundo Apellido) 356-2

2. FECHA DE NACIMIENTO 1 4 0 1 1 9 5 4 (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 G O P E 5 4 0 1 1 7 M S P V R S 0 1 Se ignora ○99

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

7. NACIONALIDAD Mexicana ○1 Otra ○2 → 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 6 6 (Años cumplidos) Se ig

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 Casad En unión libre ○4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ○1 Se igr

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: Calle
10.2 Nombre de la vialidad: Principal
10.3 Núm. Exterior: S/N
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: Ejido
10.6 Nombre del asentamiento humano: La lima
10.7 Código Postal: 7 9 2 5 0
10.8 Localidad: Ejido la lima.
10.9 Municipio o Alcaldía: Cd. Valles.
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el e: S.L.P.

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 Ama de casa. Se igr
12.1 Trabajaba Sí ○1 No ☒2 Se ignora ○

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

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 Hogar ○11
14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Ciudad Valles
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Carretera
15.2 Nombre de la vialidad: Mexico Tuxpan km 7
15.3 Núm. Exterior: S/N
15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento
15.6 Nombre del asentamiento humano: Lomas Oxitipa
15.7 Código Postal: 7 9 0 9 0
15.8 Localidad: Ciudad Valles
15.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles
15.10 Entidad federativa: S.L.P.

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 0 5 0 5 2 0 2 0 (Día Mes Año) 1 0 3 0 (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 NECRO Sí ○1 No ○

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

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclu personal Códi
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Insuficiencia Respiratoria Aguda	12 días	
	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) Neumonia Viral Covid-19	17 días	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c) Diabetes Mellitus Tipo 2		
	Debido a (o como consecuencia de)		
	d) Hipertensión Arterial Aguda		
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 co
20. CAUSA BÁSICA DE DEF Código CIE

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 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Escuela u oficina pública ○2 Área deportiva ○3 Calle o carretera (vía pública) ○4 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 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 Nicolas (Nombre(s)) Hernandez (Primer Apellido) Castro (Segundo Apellido)

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A Yerno

DEL CERTIFICANTE

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

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 3277853 (Número de la cédula profesional)

27. NOMBRE Jose Luis (Nombre(s)) Lopez (Primer Apellido) Flores. (Segundo Apellido)

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Carretera
29.2 Nombre de la vialidad: Mexico tuxpan km 7
29.3 Núm. Exterior: S/N
29.4 Núm. Interior:
29.5 Tipo de asent humano: Fraccionam
29.6 Nombre del asentamiento humano: Lomas Oxitipa
29.7 Código Postal: 7 9 0 9 0
29.8 Localidad: Ciudad Valles
Ciudad Valles San Luis Potosí

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 0 5 0 8 2 0