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

FOLIO 200635916

UCI U071 19 | UCI U071 19 | MEDICO

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Marcelo (Nombre(s)) Melo (Primer Apellido) Mata (Segundo Apellido)
2. FECHA DE NACIMIENTO: 02 02 1979 (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: HEMM790202HSPLTR05 (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: 041 (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: Calle
    - 10.2 Nombre de la vialidad: Benito Juarez
    - 10.3 Núm. Exterior: 214
    - 10.4 Núm. Interior:
    - 10.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
    - 10.6 Nombre del asentamiento humano: Tanculpaya
    - 10.7 Código Postal: 79020
    - 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: Empleado general — 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: 41957901391M197908

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 de zona #6
    - 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN:
    - 15.1 Tipo de vialidad: Boulevard
    - 15.2 Nombre de la vialidad: México laredo
    - 15.3 Núm. Exterior: 914
    - 15.4 Núm. Interior:
    - 15.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento
    - 15.6 Nombre del asentamiento humano: 19 de Enero
    - 15.7 Código Postal: 79000
    - 15.8 Localidad: Ciudad Valle
    - 15.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles
    - 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 20 08 2020 18 10 (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 cardíaco, 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	3 dias	
	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 no especificada	5 dias	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c) Sospecha de Coronavirus SARS-CoV-2	11 dias	
	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	Diabetes mellitus	4 años	

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

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 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: Aylin Araceli (Nombre(s)) Martinez (Primer Apellido) Santos (Segundo Apellido)
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Hijastra

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 — Medico de guardia (*Especifique)
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 3277853
27. NOMBRE: José Luis (Nombre(s)) López (Primer Apellido) Flores (Segundo Apellido)
28. FIRMA
29. DOMICILIO y TELÉFONO
    - 29.1 Tipo de vialidad: Boulevard
    - 29.2 Nombre de la vialidad: México laredo
    - 29.3 Núm. Exterior: 914
    - 29.4 Núm. Interior:
    - 29.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento
    - 29.6 Nombre del asentamiento humano: 19 de Enero
    - 29.7 Código Postal: 79000
    - 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: Día Mes Año

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

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

...AL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Versión pública sin valor oficial