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

FOLIO 200635982

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

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

200635982

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Arnulfo (Nombre(s)) Hernandez (Primer Apellido) Rodriguez (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO 17 07 1960 (Día Mes Año)

3. SEXO Hombre (X) 1 Mujer ( ) 2 Se ignora ( ) 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Hidalgo (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP HERA600717HHGRDR07 Se ignora ( ) 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ( ) 1 No (X) 2 Se ignora ( ) 9

7. NACIONALIDAD Mexicana (X) 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 060 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) (X) 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: Cuarta Avenida
10.3 Núm. Exterior: 406
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento
10.6 Nombre del asentamiento humano: Lomas Poniente
10.7 Código Postal: 79099
10.8 Localidad: Valles
10.9 Municipio o Alcaldía: Valles
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí

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

12. OCUPACIÓN HABITUAL Jubilado TELECOM Se ignora ( ) 99
12.1 Trabajaba Sí ( ) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ( ) 1 ISSSTE (X) 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: HERA600717/90

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ( ) 1 IMSS ( ) 3 PEMEX ( ) 5 SEMAR ( ) 7 IMSS PROSPERA ( ) 2 ISSSTE (X) 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: Clinica Hospital B ISSSTE VALLES
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Calle
15.2 Nombre de la vialidad: Frontera
15.3 Núm. Exterior: 1509
15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
15.6 Nombre del asentamiento humano: Alturista
15.7 Código Postal: 79050
15.8 Localidad: Valles
15.9 Municipio o Alcaldía: Valles
15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 28 08 2020 (Día Mes Año) 1130 (Horas Minutos)

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

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ( ) 1 No (X) 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) Falla Organica Multiple	4 dias	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Neumonia (Debido a (o como consecuencia de))	3 Semana	
	c) COVID - 19 (Debido a (o como consecuencia de))	1 mes	
	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

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 Olga (Nombre(s)) Hernandez (Primer Apellido) Rodriguez (Segundo Apellido)

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

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 Enfermera *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 2811440 Número de la cédula profesional

27. NOMBRE Katya (Nombre(s)) Contreras (Primer Apellido) Guerra (Segundo Apellido)

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Calle
29.2 Nombre de la vialidad: Frontera
29.3 Núm. Exterior: 1509
29.4 Núm. Interior:
29.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
29.6 Nombre del asentamiento humano: Alturista
29.7 Código Postal: 79050
29.8 Localidad: Valles
29.9 Municipio o Alcaldía: Valles
29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí
29.11 Teléfono:

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 28 08 2020 (Día Mes Año)

EL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 4 Libro Núm. 5

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad: Cd Valles SLP 04 Septiembre 2020