SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 200637164

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

ENTREGA EL ORIGINAL Y LA COPIA AL REGISTRO CIVIL PARA ASENTAR EN EL ACTA DE DEFUNCIÓN

200637164

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s): Mauro — Primer Apellido: Estebán — Segundo Apellido:

2. FECHA DE NACIMIENTO Día 15 Mes 01 Año 1950

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

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

5. CURP EXMS001115HSPSXR00 Se ignora ( ) 99

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

7. NACIONALIDAD Mexicana (X) 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 070 Años cumplidos; Se ignora

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 ( ) En unión libre ( ) 4 Divorciado(a) ( ) 3 Soltero(a) (X) 1 Se ignora ( )

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad
10.2 Nombre de la vialidad
10.3 Núm. Exterior
10.4 Núm. Interior
10.5 Tipo de asentamiento humano: Ix teamel
10.6 Nombre del asentamiento humano
10.7 Código Postal
10.8 Localidad
10.9 Municipio o Alcaldía: Tamazunchale
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí

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

12. OCUPACIÓN HABITUAL Jornalero Se ignora ( )
12.1 Trabajaba Sí ( ) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ( ) 1 ISSSTE ( ) 3 SEDENA ( ) 5 Seguro Popular (X) 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 (X) 2 ISSSTE ( ) 4 SEDENA ( ) 6 Otra unidad pública ( ) 8 Unidad médica privada ( ) 9 Vía pública ( ) 10 Otro lugar ( ) Hogar ( ) 11 Se ignora ( )
14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital Civil No. 14
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

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

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 24 Mes 06 Año 2020 Horas 18 Minutos 15

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 cardiaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Neumonía Adquirida en la Comunidad		
	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) Sospechoso Covid-19		
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c)		
	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	Hipertensión Arterial Sistémica		

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

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 Nombre(s): Nicolas — Primer Apellido: Estebán — Segundo Apellido: Silvestre

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

DEL CERTIFICANTE

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

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 9731944

27. NOMBRE Nombre(s): Jonathan — Primer Apellido: Amador — Segundo Apellido: Fuentes

28. FIRMA

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

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 24 Mes 06 Año 2020

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad