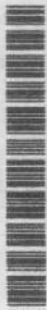




CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

200637244

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO 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



200637244

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) OTILIO ZUTIGA HERNANDEZ	
2. FECHA DE NACIMIENTO 13/12/1960	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSÍ	
5. CURP ZUTIH06101213H1P1X1RT06	
6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Sí ☐ Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐ Se ignora ☐	
8. EDAD CUMPLIDA 59 años	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Calle Josefa Ortiz de Domínguez 3 Barrio Cuartel I San Martín Chalchicomula San Martín San Luis Potosí	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Comerciante	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Hospital Comunitario Tamezunchale	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Carretera Ejido La Pitahaya Tamezunchale San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 07/02/2020 17:45	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? No ☒ Sí ☐	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN a) Infarto Agudo Al Miocardio b) Insuficiencia Cardíaca Aguda c) Caso Sospechoso de Covid 19	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 48 horas I21.9	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS Especificque si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente ☐ homicidio ☐ suicidio ☐ Se ignora ☐	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hermano	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 11374609	
27. NOMBRE Rosa Elvira Lara Precas	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO Carretera Ejido La Pitahaya Tamezunchale San Luis Potosí	
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN 19/07/2020	
30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Acta Núm. 30.2 Municipio o Alcaldía 30.3 Entidad federativa 30.4 Día Mes Año	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA