



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

FOLIO
200637245

*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.



200637245

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) MANUEL PEREZ SANCHEZ		2. FECHA DE NACIMIENTO 3 0 0 8 1 9 7 0		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSÍ
5. CURP PES 4 7 0 0 8 3 0 M S P R N N 0 8		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐	
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: Años cumplidos: 4 9		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Vuelto(a) ☐ Casado(a) ☒ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a): CALLE 5 DE MAYO 46	
10.3 Núm. Exterior: 7 9 9 7 7		10.4 Núm. Interior: ZACAYO		10.5 Tipo de asentamiento humano: LA PITANAYA	
10.6 Nombre del asentamiento humano: SAN LUIS POTOSÍ		10.7 Código Postal: 7 9 9 7 7		10.8 Localidad: LA PITANAYA	
10.9 Municipio o Alcaldía: LA PITANAYA		10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): SAN LUIS POTOSÍ		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Prescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Tercera ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐	
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☒ Incompleta ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL ALBAÑIL		12.1 Trabajaba: Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación: 1 5 3 5 5 0 0 1 7 0 3		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital ☒ Unidad médica pública ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ Se ignora ☐	
14.1 Nombre de la unidad médica: HOSPITAL CO-UNITARIO DE TAMAZUNCHALE		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 1 5 3 5 5 0 0 1 7 0 3		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN CARRERA 3.5	
15.1 Tipo de vivienda: LA PITANAYA		15.2 Nombre de la vivienda: TAMAZUNCHALE		15.3 Núm. Exterior: 7 9 9 6 0	
15.4 Núm. Interior: LA PITANAYA		15.5 Tipo de asentamiento humano: TAMAZUNCHALE		15.6 Nombre del asentamiento humano: SAN LUIS POTOSÍ	
15.7 Código Postal: 7 9 9 6 0		15.8 Localidad: LA PITANAYA		15.9 Municipio o Alcaldía: TAMAZUNCHALE	
15.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSÍ		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: 2 2 Mes: 0 7 Año: 2 0 2 0 Horas: 0 9 Minutos: 0 0		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) INFARTO AGUDO MIOCÁRDICO Debido a (o como consecuencia de): b) CETOACIDOSIS DIABÉTICA LEVE Debido a (o como consecuencia de): c) ESTADO HIPERGLUCEMICO HIPEROSMOLAR Debido a (o como consecuencia de): d) CASO POSITIVO A INFECCIÓN POR SARS COV2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 5 -in 48 horas 6 días 15 días 15 días	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒		21.2 Las causas anotadas corresponden al embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒		21.3 Las causas anotadas corresponden al embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidental ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Área deportiva ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ 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 vivienda: 22.7.2 Nombre de la vivienda: 22.7.3 Núm. Exterior: 7 9 9 6 0 22.7.4 Núm. Interior: LA PITANAYA 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: TAMAZUNCHALE 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: SAN LUIS POTOSÍ 22.7.7 Código Postal: 7 9 9 6 0 22.7.8 Localidad: LA PITANAYA 22.7.9 Municipio o Alcaldía: TAMAZUNCHALE 22.7.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSÍ					
23. NOMBRE VICTORIA ARIAS		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) ESPOSA		25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☒ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique: 9606919	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 9606919		27. NOMBRE MIREYA JASSO ZURIGA		28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: CARRERA 3.5 29.2 Nombre de la vivienda: TAMAZUNCHALE 29.3 Núm. Exterior: 7 9 9 6 0 29.4 Núm. Interior: LA PITANAYA 29.5 Tipo de asentamiento humano: TAMAZUNCHALE 29.6 Nombre del asentamiento humano: SAN LUIS POTOSÍ 29.7 Código Postal: 7 9 9 6 0 29.8 Localidad: LA PITANAYA 29.9 Municipio o Alcaldía: TAMAZUNCHALE 29.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSÍ 29.11 Teléfono: 2 2 0 7 2 0 2 0		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: 2 2 Mes: 0 7 Año: 2 0 2 0		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 31.1 Libro Núm. 31.2 31.3 Acta Núm. 31.4	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: LA PITANAYA 32.2 Municipio o Alcaldía: TAMAZUNCHALE 32.3 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSÍ 32.4 Día: 2 2 Mes: 0 7 Año: 2 0 2 0		33. NOMBRE DEL CERTIFICANTE MIREYA JASSO ZURIGA		34. NOMBRE DEL CERTIFICANTE MIREYA JASSO ZURIGA	