SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 20 0637248

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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Ramon Matias Gaspar (Nombre(s) / Primer Apellido / Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO: 31 / 08 / 1968 (Día / Mes / Año)

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

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

5. CURP: MAGR 680831HSPTSM06

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

7. NACIONALIDAD: Mexicana (1) X; Se ignora (9); 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: 52 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) (4); Viudo(a) (2); Casado(a) (5); En unión libre (4) X; 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: Carretera nacional
10.2 Nombre de la vialidad: Matehuala-Laredo
10.3 Núm. Exterior: 80
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano:
10.6 Nombre del asentamiento humano:
10.7 Código Postal: 78560
10.8 Localidad: El Platanito
10.9 Municipio o Alcaldía: Tamazunchale
10.10 Entidad federativa: San Luis Potosi (Entidad federativa o país (si reside en el extranjero))

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: Negocio propio; Se ignora (99)
12.1 Trabajaba: Sí (1); No (2); Se ignora (9)

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguno (1); ISSSTE (3); SEDENA (5); Seguro Popular (7); Otra (8); IMSS (2) X; PEMEX (4); SEMAR (6); IMSS PROSPERA (10); Se ignora (99)
13.1 Número de seguridad social o afiliación: 1086 [illegible] 1

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud (1) X; 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 Comunitario Tamazunchale
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): SPSSA010017

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Carretera
15.2 Nombre de la vialidad: Tamazunchale - San Martin Kr
15.3 Núm. Exterior: 7 9 96 d
15.4 Núm. Interior: La Pitahaya
15.5 Tipo de asentamiento humano:
15.6 Nombre del asentamiento humano: Tamazunchale
15.7 Código Postal:
15.8 Localidad:
15.9 Municipio o Alcaldía:
15.10 Entidad federativa: San Luis Potosi

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 23 / 07 / 2020 (Día / Mes / Año); 13 : 00 (Horas / Minutos)

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

¿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 cardiaco, asfixia, 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	2 horas	J96
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Neumonia adquirida en la comunidad	2 dias	J18
	c) Caso sospechoso de infeccion por Covid	2 dias	U07.1
	d)		
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	Obesidad grado I	10 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: Ramon Matias Hernandez (Nombre(s) / Primer Apellido / Segundo Apellido)
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Hijo

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante (1); Médico legista (2); Otro médico (3) X; Persona autorizada por la Secretaría de Salud (4); Autoridad civil* (5); Otro* (6) — Especifique: Medico cuardia
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 11794994
27. NOMBRE: Pablo Francisco Rojas Solis (Nombre(s) / Primer Apellido / Segundo Apellido)
28. FIRMA:
29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Carretera
29.2 Nombre de la vialidad: Tamazunchale - San Martin Km
29.3 Núm. Exterior: Kilometro 6.5
29.4 Núm. Interior:
29.5 Tipo de asentamiento humano:
29.6 Nombre del asentamiento humano: Tamazunchale
29.7 Código Postal: 79960
29.8 Localidad: La Pitahaya
29.9 Municipio o Alcaldía:
29.10 Entidad federativa: San Luis Potosi
29.11 Teléfono:
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 23 / 07 / 2020 (Día / Mes / Año)

DEL REG. 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:

200637248