SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 200637411

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO: NICOLAS MARTINEZ HERNANDEZ

2. FECHA DE NACIMIENTO: 1 8 1 1 1 9 5 3

3. SEXO: Hombre ● Mujer ○ No especificado ○

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: HIDALGO

5. CURP: MAHN531118HHGRNC04

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ● No especificado ○

7. NACIONALIDAD: Mexicana ○ Otra ○ No especificado ○

8. EDAD CUMPLIDA: Para menores de un año: Horas / Días / Meses / Días. Para mayores de un año: Años cumplidos: 0 6 2 No especificado ○

Para menores de 28 días anotar: 9.1 Peso del producto al nacimiento: 9.2 Estatura del producto: 9.3 Peso gestacional:

10. ESTADO CONYUGAL: Soltero(a) ○ Unido(a) ○ Casado(a) ● Separado(a) ○ Divorciado(a) ○ Viudo(a) ○ No especificado ○

11. RESIDENCIA HABITUAL: 11.1 Calle y número: 2A PRIVADA 11.2 Nombre de la localidad: CERRADA DE JUAREZ

11.3 Código Postal: 79960 11.4 País: MEX 11.5 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI 11.6 Municipio o delegación: TAMAZUNCHALE 11.7 Localidad: SAN LUIS POTOSI

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○ Preescolar ○ Primaria ● Secundaria ○ Bachillerato o preparatoria ○ Profesional ○ Posgrado ○ No especificado ○ La escolaridad corresponde a: Completa ○ Incompleta ●

13. OCUPACIÓN HABITUAL: MUSICO No especificado ○ 13.1 Trabajaba: Sí ○ No ○ No especificado ○

15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○ IMSS ○ ISSSTE ○ SEDENA ○ Seguro Popular ● SSA ○ IMSS PROSPERA ○ ISSSTE ○ PEMEX ○ SEMAR ○ OTRO PROGRAMA ○ No especificado ○

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Domicilio particular ○ IMSS ○ PEMEX ○ SEDENA ○ SEMAR ○ IMSS PROSPERA ● ISSSTE ○ SSA ○ Otro establecimiento de salud ○ Vía pública ○ Otro lugar ○ No especificado ○

14.1 Dirección de la unidad médica: 14.2 Clave única de Establecimientos de Salud (CLUES):

16. COMPLETO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: 16.1 Tipo de vialidad: CALLE 16.2 Nombre de la vialidad: 16.3 Tipo de asentamiento humano: 16.4 Nombre del asentamiento humano: 16.5 Tipo de vialidad 1: 16.6 Nombre de la vialidad 1: 16.7 Tipo de vialidad 2: 16.8 Nombre de la vialidad 2: 16.9 Tipo de vialidad 3: 16.10 Nombre de la vialidad 3: 16.11 Código Postal: 79960 16.12 Municipio: ZACATECAS 16.13 Localidad: TAMAZUNCHALE 16.14 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día 0 Mes 8 Año 2020 Hora 03:30 Minutos

18. ¿FUE ATENDIDA MÉDICAMENTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ● No ○ No especificado ○

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○ No ●

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Describa una sola causa por renglón. El día, mes y año son obligatorios en cada renglón, aunque sean iguales.)

PARTE I

a) SINDROME BRONCO OBSTRUCTIVO AGUDO — Tiempo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 7 DIAS

b) NEUMONIA — Tiempo: 3 DIAS

c) SUSPECHOSO A COVID-19

d)

Causas antecedentes: Enfermedad o estado morboso que produjeron la causa inmediata (inciso a) de la parte I.

PARTE II

Otros estados morbosos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que produjo la causa básica.

Código CIE

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la mujer estaba en el momento de la muerte: Embarazada ○ Parto ○ Puerperio ○

21.2 Si estaba en el momento de la muerte: Menor de 7 meses ○ Entre 7 meses y menor de un año ○

21.3 ¿Las causas anotadas fueron consecuencia del embarazo, parto o puerperio? Sí ○ No ○

21.4 ¿Las causas anotadas contribuyeron a ocasionar el embarazo, parto o puerperio? Sí ○ No ○

22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

DE LA DEFUNCIÓN ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un accidente: Accidente ○ Homicidio ○ Suicidio ○ No especificado ○

22.2 ¿Ocurrió en el trabajo? Sí ○ No ○ No especificado ○

22.3 Fecha de la lesión: Día / Mes / Año

22.4 Hora de la lesión: Hora / Minutos

22.5 Lugar de la lesión: Vía pública ○ Vivienda particular ○ Vivienda colectiva ○ Área comercial y de servicios ○ Área industrial ○ Área agrícola ○ Área de recreación y deportes ○ Otro ○ No especificado ○

22.6 Anote la actividad que estaba realizando la víctima: PRACTICO

22.7 Anote el municipio donde ocurrió la lesión: 22.7.1 Clave de entidad federativa: 22.7.2 Nombre de la entidad: 22.7.3 Clave del municipio: 22.7.4 Nombre del municipio: 22.7.5 Clave del asentamiento humano: 22.7.6 Nombre del asentamiento humano:

"SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UN MÉDICO, EL CERTIFICANTE DEBE ENTREGAR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD" "ESTA PERSONA FALLECIDA NO PUEDE SER DONADOR DE ÓRGANOS"

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