



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
200637456

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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

200637456
05/08 UIC
08/08 UIC
27/07 Int. 1

| | |
|---|---|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Jose Luis Pozos Carbajal</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO <u>29/06/1961</u> Día Mes Año | 3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 |
| 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>SAN LUIS POTOSI</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) | |
| 5. CURP <u>POCCLG10629HSPZRISO2</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 |
| 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 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: Años cumplidos <u>59</u> Se ignora <input type="radio"/> 9 | |
| 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 | |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>CALLE EMILIANO ZAPATA</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>8</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>EMILIANO ZAPATA</u> 10.3 Núm. Exterior <u>799960</u> 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>TAMAZUNCHALE</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>TAMAZUNCHALE</u> 10.7 Código Postal <u>799960</u> 10.8 Localidad <u>TAMAZUNCHALE</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>TAMAZUNCHALE</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>SAN LUIS POTOSI</u> | |
| 11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input checked="" type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 | |
| 12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>PROFESOR</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>POAS 85122915</u> | |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 <u>TAMAZUNCHALE</u> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>SPTIST0001142</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>SPTIST0001142</u> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.3 Tipo de vialidad <u>CALLE CARRETERA</u> 14.4 Nombre de la vialidad <u>TAMAZUNCHALE</u> 14.5 Nombre de la vialidad <u>SAN MARTIN</u> 14.6 Núm. Exterior <u>Km. 0.5</u> 14.7 Núm. Interior _____ 14.8 Tipo de asentamiento humano <u>COLONIA</u> 14.9 Nombre del asentamiento humano <u>ZACATIPAN</u> 14.10 Código Postal <u>799960</u> 14.11 Localidad <u>TAMAZUNCHALE</u> 14.12 Municipio o Alcaldía <u>TAMAZUNCHALE</u> 14.13 Entidad federativa <u>SAN LUIS POTOSI</u> | |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>CALLE CARRETERA</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>TAMAZUNCHALE</u> 15.3 Núm. Exterior <u>Km. 0.5</u> 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>COLONIA</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>ZACATIPAN</u> 15.7 Código Postal <u>799960</u> 15.8 Localidad <u>TAMAZUNCHALE</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>TAMAZUNCHALE</u> 15.10 Entidad federativa <u>SAN LUIS POTOSI</u> | |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>09/08/2020 06:00</u> Día Mes Año Horas Minutos | |
| 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | |
| 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 | |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SEVERA</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>8 DÍAS</u> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) <u>NEUMONIA ATÍPICA</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>8 DÍAS</u> c) <u>EDEMA AGUDO PULMONAR</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>10 DÍAS</u> d) <u>CASO CONFIRMADO DE COVID-19</u> <u>14 DÍAS</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>CARDIOPATIA HIPERTENSIVA</u> <u>8 MESES</u> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE | |
| 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE | |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE | |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 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 _____ | |
| 23. NOMBRE <u>SARA PAOLA POZOS ACOSTA</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | |
| 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>HUJA</u> | |
| 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique _____ | |
| 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>1361676</u> Número de la cédula profesional | |
| 27. NOMBRE <u>MATEO JESUS GUARDIA CABRERA</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | |
| 28. FIRMA <u>[Firma]</u> | |
| 29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>CALLE CARRETERA TAMAZUNCHALE SAN MARTIN Km. 0.5</u> 29.1 Tipo de vialidad <u>ZACATIPAN</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>799960</u> 29.3 Núm. Exterior <u>TAMAZUNCHALE</u> 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>TAMAZUNCHALE</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>SAN LUIS POTOSI</u> 29.7 Código Postal <u>9833621190</u> 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o Alcaldía _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____ | |
| 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>09/08/2020</u> Día Mes Año | |
| 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 _____ | |

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD