



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 DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>JOSE LUIS POZOS CARBAJAL</u>				
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>29/06/1961</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>SAN LUIS POTOSÍ</u>		
5. CURP <u>POCIL610629HSPZRS02</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>5</u> años, <u>9</u> meses, <u>1</u> día Para menores de un día: <u>5</u> días, <u>9</u> horas, <u>1</u> minuto Para menores de un mes: <u>5</u> meses, <u>9</u> días, <u>1</u> hora, <u>1</u> minuto Para menores de un año: <u>5</u> años, <u>9</u> meses, <u>1</u> día, <u>1</u> hora, <u>1</u> minuto, <u>1</u> segundo Para personas de un año o más: <u>5</u> años, <u>9</u> meses, <u>1</u> día, <u>1</u> hora, <u>1</u> minuto, <u>1</u> segundo, <u>1</u> tercer grado, <u>1</u> cuarto grado, <u>1</u> quinto grado, <u>1</u> sexto grado, <u>1</u> séptimo grado, <u>1</u> octavo grado, <u>1</u> noveno grado, <u>1</u> décimo grado, <u>1</u> undécimo grado, <u>1</u> duodécimo grado		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
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>179960</u> 10.4 Núm. Interior: <u>TAMAZUNCHALE</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>TAMAZUNCHALE</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 10.7 Código Postal: <u>26900</u> 10.8 Localidad: <u>TAMAZUNCHALE</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>SAN LUIS POTOSÍ</u>		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>PROFESOR</u> 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: <u>PROFESOR</u> 12.2 Ocupación: <u>PROFESOR</u> 12.3 Número de seguridad social o afiliación: <u>POAS 85122915</u>		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> <u>TAMAZUNCHALE</u> 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>SPTIST0001142</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>611142</u>		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>KM. 0.5 COLONIA ZACATIPAN</u> 15.1 Tipo de vialidad: <u>179960</u> 15.2 Nombre de la vialidad: <u>TAMAZUNCHALE</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>179960</u> 15.4 Núm. Interior: <u>TAMAZUNCHALE</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>TAMAZUNCHALE</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 15.7 Código Postal: <u>26900</u> 15.8 Localidad: <u>TAMAZUNCHALE</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 15.10 Entidad federativa: <u>SAN LUIS POTOSÍ</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>09/08/2020 06:00</u> 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, 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) b) <u>NEUMONIA ATÍPICA</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>EDEMA AGUDO PULMONAR</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>CASO CONFIRMADO DE COVID-19</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>CARDIOPATÍA HIPERTENSIVA</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>8 DÍAS</u> <u>8 DÍAS</u> <u>10 DÍAS</u> <u>14 DÍAS</u> <u>8 MESES</u>		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u>8 DÍAS</u> <u>8 DÍAS</u> <u>10 DÍAS</u> <u>14 DÍAS</u> <u>8 MESES</u>
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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>HIJA</u> 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 <u>22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</u> 22.7.1 Tipo de vialidad: <u>22.7.2 Nombre de la vialidad</u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u>22.7.4 Núm. Interior</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>22.7.6 Nombre del asentamiento humano</u> 22.7.7 Código Postal: <u>22.7.8 Localidad</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>22.7.10 Entidad federativa</u>		
23. NOMBRE <u>PAOLA POZOS ACOSTA</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>HIJA</u>		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> *Especifique: <u>1361676</u>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <u>1361676</u>		
27. NOMBRE <u>MATEO JESÚS GUERRA CABRERA</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>		
29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>CALLE EMILIANO ZAPATA</u> 29.1 Tipo de vialidad: <u>29.2 Nombre de la vialidad</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>29.4 Núm. Interior</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>29.6 Nombre del asentamiento humano</u> 29.7 Código Postal: <u>29.8 Localidad</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>29.10 Entidad federativa</u> 29.11 Teléfono: <u>29.12 Entidad federativa</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>09/08/2020</u>		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>31.1 Acta Núm.</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>32.2 Municipio o Alcaldía</u> 32.3 Entidad federativa: <u>32.4 Día Mes Año</u>		

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

05/08 UIC  
08/08 UIC  
27/08 UIC



200637456