



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
200637537

*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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Verónica Ramirez Morales			
2. FECHA DE NACIMIENTO 20/09/1973	3. SEXO ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ Se ignora	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP RAMV730520MSPRRO1		6. 2. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? ☒ Sí ☐ No ☐ Se ignora	7. NACIONALIDAD ☒ Mexicana ☐ Otra ☐ 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 47		9. ESTADO CONYUGAL ☒ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Se ignora	
10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): Calle Ignacio Ramirez Cuartel 1		10.1 Tipo de localidad: Barrio	
10.3 Núm. Exterior: 79959		10.4 Núm. Interior: 79959	
10.5 Tipo de asentamiento humano: San Martín Chalchicuautla		10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí	
10.7 Código Postal: 79959		10.8 Localidad: San Martín Chalchicuautla	
10.9 Municipio o Alcaldía: San Martín Chalchicuautla		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí	
11. ESCOLARIDAD ☐ Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora		11.1 La escolaridad seleccionada es: ☒ Completa ☐ Incompleta ☐ Se ignora	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar		12.1 Trabajaba: ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora		13.1 Número de seguridad social o afiliación: 16092020	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN ☒ Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ Otra ☐ Se ignora		14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital barrio comunitario	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Km 6.5 Rancho La Pitahaya		15.1 Tipo de localidad: Tamazunchale	
15.3 Núm. Exterior: 79960		15.4 Núm. Interior: 79960	
15.5 Tipo de asentamiento humano: Tamazunchale		15.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí	
15.7 Código Postal: 79960		15.8 Localidad: Tamazunchale	
15.9 Municipio o Alcaldía: Tamazunchale		15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 16/09/2020 17:40		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☒ Sí ☐ No ☐ Se ignora	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Ante 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) Choque séptico Debido a (o como consecuencia de): Urosepsia b) Cetoacidosis diabética Debido a (o como consecuencia de): Caso sospechoso de covid 19 c) Diabetes mellitus tipo 2 d) Diabetes mellitus tipo 2		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 3 días 4 días 4 días 1 semana 5 años	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo: Diabetes mellitus tipo 2		Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE: 16092020	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 16092020		21. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora	
22. ¿La defunción fue accidental o violenta, especifique: 22.1 Fue un presunto accidente: ☐ Accidente ☐ 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? ☐ Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): Hijo 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 11794434 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 11794434 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de localidad: Tamazunchale 22.7.2 Nombre de la localidad: San Martín Chalchicuautla 22.7.3 Núm. Exterior: 79960 22.7.4 Núm. Interior: 79960 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: Tamazunchale 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 22.7.7 Código Postal: 79960 22.7.8 Localidad: Tamazunchale 22.7.9 Municipio o Alcaldía: Tamazunchale 22.7.10 Entidad federativa: San Luis Potosí			
23. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Donato Emmanuel Ramirez Morales		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo	
25. CERTIFICADA POR ☒ Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique: 11794434		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 11794434	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Jaine Bryan Lopez Martinez		28. FIRMA [Firma]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO La pitahaya Tamazunchale San Martín km 6.5 Rancho		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 16/09/2020	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 16092020 Libro Núm. 16092020		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: Tamazunchale 32.2 Municipio o Alcaldía: Tamazunchale 32.3 Entidad federativa: San Luis Potosí 32.4 Día: 16 Mes: 09 Año: 2020	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD