

200638949

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

41-87-67-0112

451240-012

Q.3

Serd

25

MED

IN

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Petronila Zuñiga Santos
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO 10/01/1940
Día Mes Año

3. SEXO Hombre ☐1 Mujer ☒2 Se ignora ☐9

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

5. CURP ZUSP400109MSPXNT14 Se ignora ☐99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si ☐1 No ☒2 Se ignora ☐9

7. NACIONALIDAD Mexicana ☒1 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 Años cumplidos 80 Se ignora ☐9

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐6 Viudo(a) ☒2 Casado(a) ☐5 En unión libre ☐4 Divorciado(a) ☐3 Soltero(a) ☐1 Se ignora ☐9

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calve 10.1 Tipo de vialidad Reforma 10.2 Nombre de la vialidad Atilavista 10.3 Num. Exterior 1424 10.4 Num. Interior Colonia 10.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles 10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 10.7 Código Postal 77190511 10.8 Localidad Ciudad Valles 10.9 Municipio o Alcaldía Ciudad Valles 10.10 Entidad federativa o país (si residía 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 12.1 Trabajaba Si ☐1 No ☒2 Se ignora ☐99

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐1 ISSSTE ☐3 SEDENA ☐5 Seguro Popular ☐7 Otra ☐8 IMSS ☒2 PEMEX ☐4 SEMAR ☐6 IMSS PROSPERA ☐10 Se ignora ☐99 13.1 Número de seguridad social o afiliación 41-87-67-0112-181940-08

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐1 IMSS ☒3 PEMEX ☐5 SEMAR ☐7 IMSS PROSPERA ☐2 ISSSTE ☐4 SEDENA ☐6 Otra unidad pública ☐8 Unidad médica privada ☐9 14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de Zona 6 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 6 14.3 Vía pública ☐10 Otro lugar ☐12 Hogar ☐11 Se ignora ☐99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad Calve 15.2 Nombre de la vialidad Reforma 15.3 Num. Exterior 914 15.4 Num. Interior Tercera 15.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles 15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 15.7 Código Postal 77190511 15.8 Localidad Ciudad Valles 15.9 Municipio o Alcaldía Ciudad Valles 15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 11/09/2020 08:03
Día Mes Año Horas Minutos

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐1 No ☒2 Se ignora ☐9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐1 No ☒2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) Infarto transmural agudo del miocardio
Debido a (o como consecuencia de)

b) Sospecha de coronavirus SARS COV-2
Debido a (o como consecuencia de)

c) Debido a (o como consecuencia de)

d) Debido a (o como consecuencia de)

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

Diabetes mellitus no especificada

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 24 horas Código CIE I21.1
24 horas Código CIE U04.2
años Código CIE G42

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE U07.2

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐1 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐4 El parto ☐2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐5 El puerperio ☐3

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ☐1 No ☒2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐1 No ☒2

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? Si ☐1 No ☒2 Se ignora ☐9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐0 Área deportiva ☐3 (taller, fábrica u otra) Área colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐1 Calle o carretera (vía pública) ☐4 Escuela u oficina pública ☐2 Área comercial o de servicio ☐5 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 Num. Exterior 22.7.4 Num. 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 Mrs. Coxezon Hlave Zuñiga
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija

25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐1 Médico legista ☐2 Otro médico* ☒3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐4 Autoridad civil* ☐5 Otro* ☐8 *Especifique Medico de cabecera

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 5132049
Número de la cédula profesional

27. NOMBRE Jack Alejandro Herrera Desiderio
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Num. Exterior 29.4 Num. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 11/09/2020
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: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD