

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO
200639016

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Guadalupe</u>Primer Apellido <u>Reyes</u>Segundo Apellido <u>Canizales</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>20</u> Mes <u>09</u> Año <u>1954</u>3. SEXO Hombre ☐1 Mujer ☒2 Se ignora ☐94. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>GUADALUPE RY CAZAL</u>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 9	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>15</u> Para menores de un día: Horas <u>00</u> Para menores de un mes: Días <u>00</u> Para menores de un año: Meses <u>00</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>63</u>
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 4 Separado(a) ☐ 6 Divorciado(a) ☐ 3 Viudo(a) ☐ 2 Casado(a) ☐ 5 Se ignora ☐ 9	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle <u>Carretera</u> <u>Carretera</u></u> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior <u>108</u> 10.4 Núm. Interior <u>108</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal <u>77900</u> 10.8 Localidad <u>Cuicatlan</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 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	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9 12.2 Ocupación seleccionada es <u>Auxiliar de cocina</u>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☐ 7 IMSS ☒ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS PROSPERA ☐ 10 Se ignora ☐ 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>4166130293</u>
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 <u>Unidad Médica de Cuicatlan</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>102 + 6</u>
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 15.3 Núm. Exterior <u>914</u> 15.4 Núm. Interior <u>108</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Cuicatlan</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>77900</u> 15.8 Localidad <u>Cuicatlan</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>15</u> Mes <u>09</u> Año <u>2020</u> Horas <u>13</u> Minutos <u>40</u>
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) <u>Insuficiencia Respiratoria aguda</u> b) <u>Neumonía viral no especificada</u> c) <u>Suspección de SARS-CoV-2</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>U01.9</u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5	
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? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 0 Área deportiva ☐ 3 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicio ☐ 5 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 6 Granja (rancho o parcela) ☐ 7 Otro ☐ 8 Se ignora ☐ 9	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número <u>19 de enero</u> 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 <u>Carretera</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>108</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>108</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Cuicatlan</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 22.7.7 Código Postal <u>77900</u> 22.7.8 Localidad <u>Cuicatlan</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Cynthia Guadalupe</u> Primer Apellido <u>Reyes</u> Segundo Apellido <u>Canizales</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>	
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 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>10424611</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Oron Monel</u> Primer Apellido <u>Rivera</u> Segundo Apellido <u>Villalobos</u>	
28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 29.3 Núm. Exterior <u>108</u> 29.4 Núm. Interior <u>108</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Cuicatlan</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>77900</u> 29.8 Localidad <u>Cuicatlan</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u>19 de enero</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>15</u> Mes <u>09</u> Año <u>2020</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>19 de enero</u> Libro Núm. <u>19 de enero</u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Cuicatlan</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día <u>15</u> Mes <u>09</u> Año <u>2020</u>	

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