



41.63.37-1200
-2
541937 PE

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

200639025

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SEED 06578

0-3
SERU
25
MED
INT

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Jose</u> <u>Mendez</u> <u>Sanchez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>10/03/1937</u> Día Mes Año		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	
5. CURP <u>MEISJ370305HISPNN507</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Especifique		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>0</u> horas <u>0</u> minutos Para menores de un día: <u>0</u> días Para menores de un mes: <u>0</u> meses Para menores de un año: <u>0</u> años Para personas de un año o más: <u>083</u> años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ Soltero(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): <u>Calle</u> <u>5 de mayo</u> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad <u>141</u> <u>Colonia</u> <u>Ampliación Marquez</u> 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>17910101</u> <u>Ciudad Valles</u> <u>Ciudad Valles</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>17910101</u> <u>Ciudad Valles</u> <u>Ciudad Valles</u> <u>San Luis Potosí</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☒		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Pensionado</u> 12.1 Trabajaba ☐ No ☒ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>41633712009</u> <u>541937 PE</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Otra unidad médica privada ☐ Se ignora ☐		14.1 Nombre de la unidad médica <u>HGZ No 6</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>17910101</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>914</u> <u>Boulevard</u> <u>Fraccionamiento</u> 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad <u>7910101</u> <u>Ciudad Valles</u> <u>Ciudad Valles</u> 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa <u>7910101</u> <u>Ciudad Valles</u> <u>Ciudad Valles</u> <u>San Luis Potosí</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>12/01/2020</u> <u>12:00</u> Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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>Síndrome de dificultad respiratoria del Adulto</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Suspección de Coronavirus SARS COV-2</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u></u> 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 morbosos que la produjo <u>Secuelas de Infarto Cerebral</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>8 horas</u> <u>3 días</u> <u>2 años</u> Código CIE <u>J80.X</u> <u>U97.2</u> <u>T69.3</u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto 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? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>17910101</u>		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u></u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u></u>	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u></u> 22.7.1 Tipo de vialidad 22.7.2 Nombre de la vialidad <u></u> <u></u> 22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u></u> <u></u> <u></u> <u></u> 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa <u></u> <u></u> <u></u> <u></u>		23. NOMBRE <u>Jose</u> <u>Mendez</u> <u>Morelos</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique <u>11690485</u> Número de la cédula profesional	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>11690485</u> Número de la cédula profesional		27. NOMBRE <u>Heriberto Enrique</u> <u>Darceón</u> <u>Lopez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. FIRMA <u></u>		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano <u></u> <u></u> <u></u> <u></u> <u></u> 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 <u></u> <u></u> <u></u> <u></u> <u></u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>20/09/2020</u> Día Mes Año		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <u></u> Libro Núm. <u></u> 31.1 Acta Núm. <u></u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u></u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u></u> 32.3 Entidad federativa <u></u> 32.4 Día Mes Año <u></u>		33. ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD	

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