

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
200639040

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) TrinidadEsparzaBertos		
2. FECHA DE NACIMIENTO 10/06/1950	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí
5. CURP E11UT5100604H5PISIR04	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Sí ☐ 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: 70	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Vuelto(a) ☒ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Suficiente ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Antes el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): 10.1 Tipo de vivienda: Calle 10.2 Nombre de la vivienda: Netzahualpilli 10.3 Núm. Exterior: 310 10.4 Núm. Interior: 171910101 10.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia 10.6 Nombre del asentamiento humano: Nuevo 10.7 Código Postal: 771910101 10.8 Localidad: Tulum 10.9 Municipio o Alcaldía: Tulum 10.10 Entidad federativa o país (si reside 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 ☒ 12. OCUPACIÓN HABITUAL Comerciante ☒ Se ignora ☐ 12.1 Trabajaba: Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS PROSPERA ☒ 13.1 Número de seguridad social o afiliación: 4196780375 4M195000		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Otra unidad ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: H67 H6 Cd. Valles S.L.P. 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Boulevard 15.2 Nombre de la vivienda: México 15.3 Núm. Exterior: 34 15.4 Núm. Interior: 171910101 15.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia 15.6 Nombre del asentamiento humano: Cd. Valles 15.7 Código Postal: 771910101 15.8 Localidad: Cd. Valles 15.9 Municipio o Alcaldía: Cd. Valles 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 16.1 Día: 11/06/2020 16.2 Hora: 12:30		
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) Parte I: Enfermedad, lesión o estado patológico que provocó la muerte directamente a) Para Respiratorio b) Neumonía no especificada c) Sospecha de Coronavirus SARS-CoV-2 Parte II: Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado patológico que la provocó d) Síndrome de muerte Súbita e) Lesión en sitio de la patología no especificada Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 15 minutos 4 días 4 días 1 año Señales		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: _____		
21. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒		
22. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS? 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 22.2 Si la muerte fue accidental o violenta, especifique: 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Área deportiva ☐ Área industrial ☐ (área de trabajo o recreo) Vivienda particular ☐ Calle o carretera ☐ Granja ☐ (trabajo o recreo) Vivienda colectiva (escuela, oficina, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área de trabajo o de recreo ☐ Se ignora ☐		
23. NOMBRE Nombre(s): Esparza Primer Apellido: Vera Segundo Apellido: Hija		
24. CERTIFICADA POR Médico forense ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ 25. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 10841252		
26. FIRMA Firma: _____		
27. DOMICILIO Y TELÉFONO 27.1 Tipo de vivienda: Boulevard 27.2 Nombre de la vivienda: México 27.3 Núm. Exterior: 34 27.4 Núm. Interior: 171910101 27.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia 27.6 Nombre del asentamiento humano: Cd. Valles 27.7 Código Postal: 771910101 27.8 Localidad: Cd. Valles 27.9 Municipio o Alcaldía: Cd. Valles 27.10 Entidad federativa: San Luis Potosí		
28. FECHA DE CERTIFICACIÓN 28.1 Día: 11/06/2020 28.2 Hora: 12:30		
29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO 30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad: _____ 30.2 Municipio o Alcaldía: _____ 30.3 Entidad federativa: _____ 30.4 Día: _____ Mes: _____ Año: _____		

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