SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 200639479

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

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Nombre(s): J. Dolores; Primer Apellido: Rivera; Segundo Apellido: Martinez

2. FECHA DE NACIMIENTO: Día 04 Mes 04 Año 1952

3. SEXO: Hombre ● 1 Mujer ○ 2 Se ignora ○ 9

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

5. CURP: RIMD520404HSPVRL07 Se ignora ○ 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ○ 1 No ● 2 Se ignora ○ 9

7. NACIONALIDAD: Mexicana ● 1 Otra ○ 2 → Especifique: Se ignora ○ 9

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: 68 Se ignora ○ 9

Para menores de 28 días anote:
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:
8.2 Semanas de gestación:
8.3 Peso (gramos):

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)
10.1 Tipo de vialidad: Calle
10.2 Nombre de la vialidad: Juan Sarabia
10.3 Núm. Exterior: 45
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: Privada
10.6 Nombre del asentamiento humano: Juan Sarabia
10.7 Código Postal: 79544
10.8 Localidad: San José de Gomez
10.9 Municipio o Alcaldía: Zaragoza
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosi

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: Comerciante Se ignora ○ 99
12.1 Trabajaba Si ● 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

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

DE LA DEFUNCIÓN

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 Soledad
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):
Vía pública ○ 10 Otro lugar ○ 12 Hogar ○ 11 Se ignora ○ 99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Prolongación
15.2 Nombre de la vialidad: Valentin Amador
15.3 Núm. Exterior: 1112
15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
15.6 Nombre del asentamiento humano: Rivas Guillen
15.7 Código Postal: 78435
15.8 Localidad: Soledad Graciano Sanchez
15.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosi
15.10 Entidad federativa:

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día 18 Mes 10 Año 2020 Horas 19 Minutos 23

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, astenia, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente
a) Choque Septico — Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 24 horas
Debido a (o como consecuencia de)

Causas antecedentes
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica
b) Sindrome Dificultad Respiratoria Aguda — 48 horas
Debido a (o como consecuencia de)
c) Falla Renal Aguda — 4 dias
Debido a (o como consecuencia de)
d) Neumonia Asociada a COVID 19 — 12 dias

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

Uso exclusivo del personal codificador — Código CIE

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
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

Uso exclusivo del personal codificador
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○ 1 Escuela u oficina pública ○ 2 Área deportiva ○ 3 Calle o carretera (vía pública) ○ 4 Área comercial o de servicio ○ 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○ 6 Granja (rancho o parcela) ○ 7 Otro ○ 8 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 Núm. Exterior
22.7.4 Núm. 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

DEL INF.

23. NOMBRE: Nombre(s): Maria Julia; Primer Apellido: Rivera; Segundo Apellido: Rivera

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

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○ 1 Médico legista ○ 2 Otro médico* ● 3 Directivo Guardia Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○ 4 Autoridad civil* ○ 5 Otro* ○ 8 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 6880359

27. NOMBRE: Nombre(s): Mercedes Lucia; Primer Apellido: Sandoval; Segundo Apellido: Gallegos

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Prolongación
29.2 Nombre de la vialidad: Valentin Amador
29.3 Núm. Exterior: 1112
29.4 Núm. Interior:
29.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
29.6 Nombre del asentamiento humano: Rivas Guillen
29.7 Código Postal: 78435
29.8 Localidad: Soledad Graciano Sanchez
29.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosi
29.10 Entidad federativa:
29.11 Teléfono: 4448260100

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día 18 Mes 10 Año 2020

REG. IL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

200639479