SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 200639672

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) — Nombre(s): Francisco — Primer Apellido: Romero — Segundo Apellido: Hinojosa

2. FECHA DE NACIMIENTO — Día 30 Mes 04 Año 1936

3. SEXO — Hombre ○1 Mujer ○2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO — Michoacán (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP — ROHF360430HMNNNN07 — Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? — Sí ○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 84 — 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: Agustín de Iturbide
- 10.3 Núm. Exterior: 650
- 10.4 Núm. Interior:
- 10.5 Tipo de asentamiento humano: Ranchería
- 10.6 Nombre del asentamiento humano:
- 10.7 Código Postal: 78000
- 10.8 Localidad: Zona Centro
- 10.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí
- 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí

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 — Comercio — Se ignora ○99
- 12.1 Trabajaba: Sí ○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 — Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99
- 14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Soledad
- 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
- 15.1 Tipo de vialidad: Avenida
- 15.2 Nombre de la vialidad: Valentín Amador
- 15.3 Núm. Exterior: 1117
- 15.4 Núm. Interior:
- 15.5 Tipo de asentamiento humano: Hospital
- 15.6 Nombre del asentamiento humano: Hospital General de Soledad
- 15.7 Código Postal: 78435
- 15.8 Localidad:
- 15.9 Municipio o Alcaldía: Soledad de Graciano Sánchez
- 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN — Día 22 Mes 10 Año 2020 — Horas 01 Minutos 00

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? — Sí ⊘1 No ○2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? — Sí ○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.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Síndrome insuficiencia respiratoria aguda		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Debido a (o como consecuencia de): neumonía atípica		
	c) Debido a (o como consecuencia de):		
	d)		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			

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? Sí ○1 No ○2
- 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○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? Sí ○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): Claudia Adriana — Primer Apellido: Romero — Segundo Apellido: Gómez

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

DEL CERTIFICANTE

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: adjunto

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO — Número de la cédula profesional: 7543300

27. NOMBRE — Nombre(s): Juan Francisco — Primer Apellido: Rocha — Segundo Apellido: Valle

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
- 29.1 Tipo de vialidad: Avenida
- 29.2 Nombre de la vialidad: Valentín Amador
- 29.3 Núm. Exterior: 1117
- 29.4 Núm. Interior:
- 29.5 Tipo de asentamiento humano: Hospital
- 29.6 Nombre del asentamiento humano: Hospital General de Soledad
- 29.7 Código Postal: 78435
- 29.8 Localidad:
- 29.9 Municipio o Alcaldía: Soledad de Graciano Sánchez
- 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí
- 29.11 Teléfono:

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN — Día 22 Mes 10 Año 2020

REG. IL.

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

200639672