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

FOLIO 200639673

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) A LA OFICIALÍA DEL REGISTRO CIVIL PARA INTERNAMIENTO Y LA 2ª COPIA (AMARILLA) A LA FAMILIA

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Pedro Antonio (Nombre(s)) — Nava (Primer Apellido) — Martinez (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO 05 02 1972 (Día Mes Año)

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 NAMP720205HSPFRD02 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 48 Años cumplidos — 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: cuenca de lobos
10.3 Núm. Exterior: 196 — 10.4 Núm. Interior: — 10.5 Tipo de asentamiento humano: casa habitación — 10.6 Nombre del asentamiento humano: Lomas del Tecnológico
10.7 Código Postal: 78215 — 10.8 Localidad: — 10.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosi — 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 Abogado — 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: Valentin Amador
15.3 Núm. Exterior: 1112 — 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 — 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosi

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 12 10 2020 (Día Mes Año) 14:56 (Horas Minutos)

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
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) Neumonia covid 19
Debido a (o como consecuencia de)
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: Obesidad grado II

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 Ana Alicia (Nombre(s)) — Renteria (Primer Apellido) — Cuenca (Segundo Apellido)

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Ex esposa

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* ○ 6 — *Especifique: Cosmito

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

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

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Avenida — 29.2 Nombre de la vialidad: Valentin Amador — 29.3 Núm. Exterior: 1112 — 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: 78413 — 29.8 Localidad: — 29.9 Municipio o Alcaldía: Soledad de Graciano — 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosi — 29.11 Teléfono:

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 12 10 2020 (Día Mes Año)

REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

200639673