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

FOLIO 200639675

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): J. ERASMO
Primer Apellido: AGUILAR
Segundo Apellido: DE LA ROSA

2. FECHA DE NACIMIENTO Día 25 Mes 11 Año 1941

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 AURE411125HSPGSR03 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 078 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: DAMIAN CARMONA
10.3 Núm. Exterior: 5
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: COLONIA
10.6 Nombre del asentamiento humano: CENTRO
10.7 Código Postal: 79940
10.8 Localidad: VILLA DE ARISTA
10.9 Municipio o Alcaldía: VILLA DE ARISTA
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 PELUQUERO — 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
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: PROLONGACION
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: 78436
15.8 Localidad: SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ
15.9 Municipio o Alcaldía: SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ
15.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 22 Mes 10 Año 2020 Horas 22 Minutos 30

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) NEUMONIA ATIPICA SARS-COV-2	22 DIAS	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) CHOQUE SEPTICO	10 DIAS	
	c) FALLA ORGANICA MULTIPLE	2 DIAS	
	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): MARIA
Primer Apellido: LOPEZ
Segundo Apellido: MARTINEZ

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) 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* (8) *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 10107709
Número de la cédula profesional

27. NOMBRE
Nombre(s): RAUL ALFONSO
Primer Apellido: DIAZ
Segundo Apellido: HERNANDEZ

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: PROLONGACION
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: 78436
29.8 Localidad: SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ
29.9 Municipio o Alcaldía: SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ
29.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI
29.11 Teléfono: 8261099

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

200639675