



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Petra	Serna	Galvan	Segundo Apellido					
Nombre(s)		Primer Apellido								
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO							
Día	Mes	Año	Hombre <input type="radio"/> 1	Mujer <input checked="" type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	San Luis Potosi				
Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)										
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			7. NACIONALIDAD					
SIEGA480330MSPRLT012		Se ignora <input type="radio"/> 99	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input type="radio"/> 1				
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más				
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos				
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	8.4. ESTADO CONYUGAL						
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento.				Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input type="radio"/> 2	Casado(a) <input type="radio"/> 5				
				En unión libre <input type="radio"/> 4	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Soltero(a) <input type="radio"/> 1				
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad			10.2 Nombre de la vialidad					
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Carretera			Pista a San Jose					
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior			Lomas de Tultepec					
71832119		Colonia			10.6 Nombre del asentamiento humano					
10.7 Código Postal		10.8 Localidad			San Luis Potosi					
10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			San Luis Potosi					
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:			12. OCUPACIÓN HABITUAL					
Ninguna <input type="radio"/> 1		Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	Desempleado					
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7		Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación			
		IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99				
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica			Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12					
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1		IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	Hospital General de Soledad					
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2		ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad			15.2 Nombre de la vialidad					
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior			Valentin Amador					
7183416		Colonia			Genovevo Rivas Quintero					
15.7 Código Postal		15.8 Localidad			Soledad de Graciano Sanchez San Luis Potosi					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?					
12 31 10 2020		Día	06 47	Horas	Minutos	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			19.2 Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbos que la produjo			19.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		
		a) Syndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)			Diabetes Mellitus 2 Hipertensión Arterial Sistémica			Horas		
		b) Neumonía 7 días Debido a (o como consecuencia de)						7 días		
		c) COVID 19 Debido a (o como consecuencia de)						7 días		
		d)								
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?			21.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión			22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?			Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra)			
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1		Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2			Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.)	Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (vía pública)	Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela)			
Suicidio <input type="radio"/> 3		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8			
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			Se ignora <input type="radio"/> 9					
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		
7183416										
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad			22.7.9 Municipio o Alcaldía			22.7.10 Entidad federativa		
23. NOMBRE		Blanca Isabel Coronado Camara			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			Conocido		
Nombre(s)		Primer Apellido			Segundo Apellido					
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1			Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico* <input type="radio"/> 3	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Autoridad civil* <input type="radio"/> 5			Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique	3272274			
27. NOMBRE		Lucia Susana Orduno Torres			28. FIRMA			Chamula		
Nombre(s)		Primer Apellido			Segundo Apellido					
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Avenida, Valentín Amador 1112			29.2 Nombre de la vialidad			29.4 Núm. Interior		
29.1 Tipo de vialidad		Colonia			29.3 Núm. Exterior			29.5 Tipo de asentamiento humano		
Coahuila de Zaragoza, San Luis Potosi 7183416										
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal			29.8 Localidad			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
Salidad de Graciano Sanchez San Luis Potosi 4448360100		29.10 Entidad federativa			29.11 Teléfono			23/10/2020		
29.9 Municipio o Alcaldía								Dia Mes Año		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA o JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO								