



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO  
200639938

200639938200639938200639938200639938  
200639938200639938200639938200639938

NOTAS DEL REGISTRO DE LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Andres</u> Nombre(s)		<u>Lucio</u> Primer Apellido		<u>Martinez</u> Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>13/02/1962</u> Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosi</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>LUMAC20203HSPCRNL</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
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: <u>36</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> C		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 3 Divorciado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>909</u> 10.1 Tipo de vivienda <u>909</u> 10.2 Nombre de la vivienda <u>909</u> 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior <u>909</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>909</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>909</u> 10.7 Código Postal 10.8 Localidad <u>909</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosi</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosi</u>		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 12.1 Trabajaba Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 <u>Carpintero</u> 12.2 Ocupación <u>Carpintero</u>	
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 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 Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 <u>Hospital General de Siedad</u> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Siedad</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>Valentin Amador</u> 14.3 Clave de la unidad médica <u>Valentin Amador</u>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>112</u> 15.1 Tipo de vivienda <u>112</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>112</u> 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior <u>112</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>112</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>112</u> 15.7 Código Postal 15.8 Localidad <u>112</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Siedad de Guadalupe</u> 15.10 Entidad federativa <u>Siedad de Guadalupe</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>12/7/10 12:00</u> Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía probable SARS COV2</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>1 día</u> <u>9 días</u> Código CIE <u>1A1A</u> <u>9A1A</u>			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 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 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 (taller, fábrica u obra) Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u></u> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u></u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u></u> 22.7 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda 22.7.2 Nombre de la vivienda 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					
23. NOMBRE <u>Jose Oscar</u> Nombre(s) <u>Lucio</u> Primer Apellido <u>Camacho</u> Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>11843128</u> Número de la cédula profesional		28. FIRMA <u></u>	
27. NOMBRE <u>Monica Lizette</u> Nombre(s) <u>Valledor</u> Primer Apellido <u>Cortez</u> Segundo Apellido		29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>112</u> 29.1 Tipo de vivienda <u>112</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>112</u> 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior <u>112</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>112</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>112</u> 29.7 Código Postal <u>112</u> 29.8 Localidad <u>112</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>Siedad de Guadalupe</u> 29.10 Entidad federativa <u>Siedad de Guadalupe</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>12/7/10 12:00</u> Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			

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



200639938