SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENARLO LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 210829211

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Alberto (Nombre(s)) Cruz (Primer Apellido) Hernandez (Segundo Apellido)
2. FECHA DE NACIMIENTO: 21 11 1965 (Día Mes Año)
3. SEXO: Hombre ● Mujer ○ Se ignora ○
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: Veracruz
5. CURP: CUHA651121HVZRRL03 Se ignora ○
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○ No ☒ Se ignora ○
7. NACIONALIDAD: Mexicana ☒ Se ignora ○ Otra ○ → 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: 054 Años cumplidos; Se ignora ○
8.1 Para menores de 28 días anote: 8.1.1 Folio del Certificado de Nacimiento; 8.1.2 Semanas de gestación; 8.1.3 Peso (gramos)
9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) ○ Viudo(a) ○ Casado(a) ○ En unión libre ☒ Divorciado(a) ○ Soltero(a) ○ Se ignora ○
10. RESIDENCIA HABITUAL (Anote el lugar de permanencia donde vivía el fallecido (a)): 10.1 Tipo de vialidad: Andador; 10.2 Nombre de la vialidad: Sin nombre; 10.3 Núm. Exterior: 623; 10.4 Núm. Interior: 623; 10.5 Tipo de asentamiento humano: Localidad; 10.6 Nombre del asentamiento humano: Mallo Habitacional; 10.7 Nombre del asentamiento humano: La Hincada; 10.8 Localidad: Cd. Valles; 10.9 Municipio o Alcaldía: Cd. Valles; 10.10 Entidad federativa: San Luis Potosí; 10.11 País (si es diferente de México): ___; 10.12 Código Postal: 79050
11. ESCOLARIDAD: Ninguna ○ Preescolar ○ Primaria ☒ Secundaria ○ Bachillerato o preparatoria ○ Profesional ○ Posgrado ○ Se ignora ○
11.1 La escolaridad señalada es: Completa ☒ Incompleta ○
12. OCUPACIÓN HABITUAL: Obrero; 12.1 Jubilado: Sí ☒ No ○ Se ignora ○
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○ ISSSTE ○ SEDENA ○ Seguro Popular ○ Otra ○ IMSS ☒ PEMEX ○ SEMAR ○ IMSS PROSPERA ○ Se ignora ○
13.1 Número de seguridad social o afiliación: 67806326631M146502

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ○ IMSS ☒ PEMEX ○ SEMAR ○ IMSS PROSPERA ○ ISSSTE ○ SEDENA ○ Otra unidad pública ○ Unidad médica privada ○ Vía pública ○ Otro lugar ○ Hogar ○ Se ignora ○
14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Zona #6
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: 15.1 Tipo de vialidad: Boulevard; 15.2 Nombre de la vialidad: Mexico - Laredo Norte; 15.3 Núm. Exterior: #934; 15.4 Núm. Interior: #934; 15.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento; 15.6 Nombre del asentamiento humano: Alturita; 15.7 Código Postal: 79050; 15.8 Localidad: Cd. Valles; 15.9 Municipio o Alcaldía: Cd. Valles; 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día 26 Mes 11 Año 2020; Horas 01 Minutos 20
17. ¿FUE ATENDIDO MÉDICAMENTE DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ○ Se ignora ○
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○ No ☒
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	Código CIE
PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) COVID - 19	12 días	
	Debido a (o como consecuencia de)		
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existen, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Neumonía en enfermedad viral clasificada en otra parte	12 días	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c) Insuficiencia respiratoria aguda	9 días	
	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	Diabetes Mellitus no especificada	3 años	

20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
20.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○; El parto ○; El puerperio ○; 42 días a 11 meses después del parto o aborto ○; No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○
20.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○ No ○
20.3 ¿Las causas anotadas contribuyeron al embarazo, parto o puerperio? Sí ○ No ○
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 ○ Homicidio ○ Suicidio ○ Se ignora ○
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○ No ○ Se ignora ○
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○ Escuela u oficina pública ○ Área deportiva ○ Calle o carretera (vía pública) ○ Área comercial o de servicios ○ Área industrial (taller, fábrica, obra) ○ Granja (rancho o parcela) ○ Otro ○ Se ignora ○
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: Sergio Arsenio (Nombre(s)) Cruz (Primer Apellido) Ordoñez (Segundo Apellido)
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Hijo

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☒ Médico legista ○ Otro médico* ○ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○ Autoridad civil* ○ Otro* ○ *Especifique
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 10893314
28. FIRMA
27. NOMBRE: Sergio (Nombre(s)) Palacios (Primer Apellido) Campean (Segundo Apellido)
29. DOMICILIO Y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vialidad: Boulevard; 29.2 Nombre de la vialidad: Mexico - Laredo Norte; 29.3 Núm. Exterior: 934; 29.4 Núm. Interior: 934; 29.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento; 29.6 Nombre del asentamiento humano: Alturita; 29.7 Código Postal: 79050; 29.8 Localidad: Cd. Valles; 29.9 Municipio o Alcaldía: Cd. Valles; 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí; 29.11 Teléfono:
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día 26 Mes 11 Año 2020

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. ___ Libro Núm. ___
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad; 32.2 Municipio o Alcaldía; 32.3 Entidad federativa; 32.4 Día Mes Año

Escaneado con CamScanner