



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 210829255
210829255 210829255 210829255 210829255

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) I. Santana Rosas Chavez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 10/01/1945 Día Mes Año	
3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☐ Se ignora ☐	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) México	
5. CURP 4901241052105134M01 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: Años cumplidos 17/5 Se ignora ☐	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoto el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: Calle 10.2 Nombre de la vivienda: 101 10.3 Núm. Exterior: 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: Urbano 10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 10.7 Código Postal: 774101010 10.8 Localidad: Valles 10.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): México	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☐	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Calle 15.2 Nombre de la vivienda: 11 de Septiembre 15.3 Núm. Exterior: 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: Urbano 15.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 15.7 Código Postal: 774101010 15.8 Localidad: Valles 15.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 15.10 Entidad federativa: México	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 27/11/2020 12:44 Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoto una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: COVID 19 Causas antecedentes: Neumonía en enfermedades virales Debido a (o como consecuencia de): Diabetes mellitus Hipertensión esencial Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 15 días Código CIE: 15 días 18 años 20 años	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 15 días	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐	
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 ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ 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 vivienda: Calle 22.7.2 Nombre de la vivienda: 11 de Septiembre 22.7.3 Núm. Exterior: 22.7.4 Núm. Interior: 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: Urbano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 22.7.7 Código Postal: 774101010 22.7.8 Localidad: Valles 22.7.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 22.7.10 Entidad federativa: México	
23. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido Thelma Ruth Ramirez Conlos	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) 25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico* ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil* ☐ Otro* ☐ 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 5786631	
27. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido Thelma Ruth Ramirez Conlos	
28. FIRMA 29. DOMICILIO Y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vivienda: Calle 29.2 Nombre de la vivienda: 11 de Septiembre 29.3 Núm. Exterior: 29.4 Núm. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: Urbano 29.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 29.7 Código Postal: 774101010 29.8 Localidad: Valles 29.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 29.10 Entidad federativa: México 29.11 Teléfono: 29.12	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 27/11/2020 Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm. 31.1 Acta Núm. 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: 32.2 Municipio o Alcaldía: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día Mes Año	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

Escaneado con CamScanner