



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

SECRE
FOLIO
210829361

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) <u>Tito</u> Nombre(s)		<u>Perez</u> Primer Apellido		<u>Perez</u> Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>06</u> <u>02</u> <u>1950</u> Día Mes Año		3. SEXO Hombre ☒ 1 Mujer ☐ 2 Se ignora ☐ 3		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>PEPT500206HSPRRTOS</u> Se ignora ☐ 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 3		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>7</u> <u>0</u> <u>0</u> Minutos Para menores de un día: <u>7</u> <u>0</u> <u>0</u> Horas Para menores de un mes: <u>7</u> <u>0</u> <u>0</u> Días Para menores de un año: <u>7</u> <u>0</u> <u>0</u> Meses Para personas de un año o más: <u>7</u> <u>0</u> <u>0</u> Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL Separado/a ☐ 6 Viudo/a ☐ 2 Casado/a ☒ 5 En unión libre ☐ 4 Divorcedo/a ☐ 3 Soltero/a ☐ 1 Se ignora ☐ 9			
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle</u> <u>Nuevo</u> 10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda <u>Ejido</u> <u>San Antonio Huichimal</u> 10.3 Num. Exterior 10.4 Num. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>799260</u> <u>Ciudad Valles</u> <u>Ciudad Valles</u> <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)					
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 <u>Desempleado</u> 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 <u>4183500008 571950 PE</u>					

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 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de zona No 6</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>914</u> 14.3 Tipo de vivienda <u>Fraccionamiento</u> 14.4 Nombre de la vivienda <u>19 de Enero</u> 14.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> <u>Ciudad Valles</u> <u>San Luis Potosí</u> 14.6 Localidad 14.7 Municipio o Alcaldía 14.8 Entidad federativa		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Boulevard</u> <u>Mexico Libre</u> 15.1 Tipo de vivienda 15.2 Nombre de la vivienda <u>914</u> <u>Fraccionamiento</u> 15.3 Num. Exterior 15.4 Num. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>799260</u> <u>Ciudad Valles</u> <u>Ciudad Valles</u> <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>17</u> <u>12</u> <u>2020</u> <u>15</u> <u>34</u> Día Mes Año Horas Minutos 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 3 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 2			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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>Para respiratorio</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u></u> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica 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 hora</u> <u>9 días</u> <u>9 días</u> Código CIE	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u></u> <u></u> <u></u>	
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 ☐ 5 Área deportiva (taller, fábrica u obra) ☐ 6 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicio ☐ 5 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u></u> <u></u> <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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda <u></u> 22.7.2 Nombre de la vivienda <u></u> 22.7.3 Num. Exterior 22.7.4 Num. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u></u> <u></u> <u></u> <u></u> 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa	

DEL INF.

23. NOMBRE <u>Ma. Susana</u> Nombre(s) <u>Perez</u> Primer Apellido <u>Hernandez</u> Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>	
---	--	---	--

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* ☐ 6 *Especifique <u></u>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>9695936</u> Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE <u>David</u> Nombre(s) <u>Guerra</u> Primer Apellido <u>Gonzalez</u> Segundo Apellido		28. FIRMA <u></u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>Boulevard</u> <u>Mexico Libre</u> <u>914</u> 29.1 Tipo de vivienda 29.2 Nombre de la vivienda 29.3 Num. Exterior <u>19 de Enero</u> <u>799260</u> <u>Ciudad Valles</u> 29.4 Num. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> <u>San Luis Potosí</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>17</u> <u>12</u> <u>2020</u> Día Mes Año	

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <u></u> Libro Núm. <u></u> 31.1 Acta Núm. <u></u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u></u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u></u> 32.3 Entidad federativa <u></u> 32.4 Día Mes Año <u></u> <u></u> <u></u>	
--	--	---	--