

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Francisco Lopez Balanes</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		2. FECHA DE NACIMIENTO <u>12/09/1972</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 Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
		5. CURP <u>L0B1E720912HSPPLR02</u>		6. ¿HABLA 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: <u> </u> Minutos Para menores de un día: <u> </u> Horas Para menores de un mes: <u> </u> Días Para menores de un año: <u> </u> Meses Para personas de un año o más: <u>048</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <u> </u>		8.2 Semanas de gestación: <u> </u>		8.3 Peso (gramos): <u> </u>	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9							
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle Fraccionamiento</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>125</u> 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior <u>781137</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal 10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				11. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Comerciante</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba Si <input checked="" 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 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input checked="" type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación				14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 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 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Salud</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>Valentin Amador Rivas Guillen</u> 14.3 Nombre de la vialidad <u>1112</u> 14.4 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 14.5 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 14.6 Municipio o Alcaldía 14.7 Entidad federativa			
15. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>10/2/2020</u> <u>16:30</u> Día Mes Año Horas Minutos				16. ¿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			
17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2				18. 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>Neumonia covid-19</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u> </u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u> </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 <u>Operidad</u> <u>Hipertensión arterial sistémica</u> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>9 días</u> Código CIE <u> </u> Uso exclusivo del personal codificador			
19. 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 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u> </u>				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 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>Esposa</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 vialidad <u> </u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u> </u> 22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior <u> </u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u> </u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u> </u> 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad <u> </u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa			
23. NOMBRE <u>Carmen Beatriz Altamira González</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Esposa</u>					
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" 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>5184917</u> Número de la cédula profesional 27. NOMBRE <u>Edgar Alejandro González Carbajal</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA <u> </u>					
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Rivera Guillen</u> 29.1 Tipo de vialidad <u>781137</u> 29.2 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior <u> </u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.6 Municipio o Alcaldía 29.7 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.8 Localidad <u> </u> 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u>444182619490</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>03/11/2020</u> Día Mes Año					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Módulo <u> </u> Libro Núm. <u> </u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u> </u>					

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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

210830318