



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210830320

210830320 210830320 210830320 210830320 210830320

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (AZUL) Y LA 2^a COPIA (ROSA) 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

210830320

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Eulalia Hernandez Aquilar						
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO 15 02 1935 Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 09		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)				
5. CURP HEAE350215MSPR9100		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="radio"/> 099		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 02 → Especifique				
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos		Para menores de un día Horas		Para menores de un mes Días		Para personas de un año o más Meses		
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		8.4 Años cumplidos		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad Calle		10.2 Nombre de la vialidad 5 de Mayo				
10.3 Núm. Exterior 1223		10.4 Núm. Interior 78339		10.5 Tipo de asentamiento humano Barrio				
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí				
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input 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 Hogar				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10		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 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de Soledad				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1112		15.1 Tipo de vialidad Colonia		15.2 Nombre de la vialidad Valentín Amador				
15.3 Núm. Exterior 78346		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano Soledad de Graciano Sánchez				
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10 31 12 2020 11 53		16.1 Dia Mes Año		16.2 Horas Minutos				
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LA LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2						
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) <i>Neumonía por COVID 19</i> Debido a (o como consecuencia de)		19.1 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica			19.2 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 22 días	
b)		Debido a (o como consecuencia de)						
c)		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 el estado morbo que la produjo		<i>Hipertensión Arterial Sistémica</i>		19.3 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE			19.4 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		El parto <input type="radio"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5						
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? Sí <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 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2			22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
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 1112		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 Nombre(s) Ana del Carmen Bodillo Hernandez		Primer Apellido		Segundo Apellido			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Sobrina	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 3272274 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Nombre(s) Lucia Susana Orduña Torres		Primer Apellido		Segundo Apellido			28. FIRMA Orduña	
29. DOMICILIO y TELÉFONO Avenida Genovevo Rivas Gurilén 78346		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad			29.3 Núm. Exterior 1112	
29.6 Nombre del asentamiento humano Soledad de Graciano Sánchez		29.7 Código Postal		29.8 Localidad			29.4 Núm. Interior	
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono			29.5 Tipo de asentamiento humano	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Número libro Número		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad					30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 03 11 2020	