



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.
FOLIO

210830413
210830413210830413 210830413210830413 210830413

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Miguel Angel Ostquin Badillo			Primer Apellido	Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO		Dia 22 Mes 05 Año 1974	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí		
5. CURP		0CIBM740322H5PSDG01	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Se ignora <input type="radio"/> 99	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Se ignora <input type="radio"/> 9		
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos	Para menores de un día <input type="radio"/> Horas	Para menores de un mes <input type="radio"/> Días	Para menores de un año <input type="radio"/> Meses	Para personas de un año o más <input type="radio"/> 0144 Años cumplidos <input type="radio"/> 9		
Para menores de 28 días anote:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Provincia 2 ^a De la Luz						
DEL FALLECIDO		10.1 Tipo de vialidad Fraccionamiento						
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior 128						
10.7 Código Postal		10.5 Tipo de asentamiento humano Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosí						
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL Montacargas		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6	ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
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	Hospital General de Soledad	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad Avienda	15.2 Nombre de la vialidad Valentin Amador					
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior 1112	15.5 Tipo de asentamiento humano Colonia					
15.7 Código Postal		15.8 Localidad 781346	15.9 Municipio o Alcaldía Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosí	15.10 Entidad federativa				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		Dia 05 Mes 11 Año 2020 Horas 10 Minutos 00	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Si <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 cardíaco, astenia, etc.)						
PARTE I		a) Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de) Probable COVID 19						
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Debido a (o como consecuencia de) Cetoacidosis diabética						
PARTE II		c) Debido a (o como consecuencia de) Diabetes Mellitus 2						
		d)						
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?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	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	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Uso exclusivo del personal certificador			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)					
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área industrial <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Área industrial <input type="radio"/> 6 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 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						
22.5 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	22.7.1 Tipo de vialidad					
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano	22.7.2 Nombre de la vialidad					
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía	22.7.6 Nombre del asentamiento humano			22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE		Nombre(s) Virginia Ostquin Badillo	Primer Apellido	Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			Hermana
DEL CERTIFICANTE		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	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	3272274 Número de la cédula profesional
27. NOMBRE		Lucia Susana Orduna Torres			Primer Apellido	Segundo Apellido	28. FIRMA	Jacinta.
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad Avenida	29.2 Nombre de la vialidad Valentín Amador	29.3 Núm. Exterior 1112	29.4 Núm. Interior 781346	29.5 Tipo de asentamiento humano Colonia	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	05/11/2020 Dia Mes Año
EG L		29.6 Nombre del asentamiento humano Genovevo Rivas Guillen	29.7 Código Postal 781346	29.8 Localidad 4448260100	29.9 Municipio o Alcaldía Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosí	29.11 Teléfono		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO						

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^{ra} COPIA (AZUL) Y LA 2^{da} COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA QUE SEAN GUARDADAS EN EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

210830413