



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

FOLIO
210830414

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>Gloria Ramos Reyes</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>31/07/1947</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP <u>RA9470731MSAMYLO7</u> Se ignora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 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 Años cumplidos <u>073</u> Se ignora <input type="radio"/>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Avenida Colonines</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>Jardines del Valle</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>409</u> 10.3 Núm. Exterior <u>178437</u> 10.4 Núm. Interior <u>San Luis Potosí</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal <u>San Luis Potosí</u> 10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: 12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Hogar</u> Se ignora <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación		

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Soledad</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>1112</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>Colonias</u> 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior <u>78346</u> 15.4 Núm. Interior <u>Soledad de Guadalupe Sánchez</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal <u>San Luis Potosí</u> 15.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>10/4/2020 12:35</u> Día Mes Año Horas Minutos
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfania, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Síndrome de Insuficiencia Respiratoria</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Aguda</u> b) <u>Neumonía probable COVID 19</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Hipertensión Arterial Sistémica</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Diabetes Mellitus 2</u> 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>12 días</u> <u>12 días</u> <u>Años</u> <u>Años</u> Código CIE
21. 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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.1 Fue un presunto 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)
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 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		

DEL INF.

23. NOMBRE <u>Karla Escamilla Ramos</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>
--	---

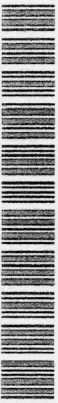
DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3272274</u> Número de la cédula profesional
27. NOMBRE <u>Lucia Susana Orduña Torres</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	28. FIRMA <u>[Firma]</u>
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Avenida Valentín Amador 1112</u> 29.1 Tipo de vialidad <u>Colonias</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>San Luis Potosí</u> 29.3 Núm. Exterior <u>78346</u> 29.4 Núm. Interior <u>Soledad de Guadalupe Sánchez</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>San Luis Potosí</u> 29.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>10/5/2020</u> Día Mes Año

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

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



210830414