



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

210830416 210830416 210830416 210830416 210830416  
210830416 210830416 210830416 210830416 210830416  
210830416 210830416 210830416 210830416 210830416  
210830416 210830416 210830416 210830416 210830416

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Dolores Alejandra Espinosa Martinez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>04/07/1988</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input 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>EIMD880704HSPSRLC</u>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>03</u> Horas <u>2</u> Minutos Para menores de un día: <u>03</u> Días <u>2</u> Horas Para menores de un mes: <u>03</u> Meses <u>2</u> Días Para menores de un año: <u>03</u> Años <u>2</u> Meses Para personas de un año o más: <u>03</u> Años <u>2</u> Meses Se ignora <input type="radio"/>	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Avenida de la Juventud</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>18</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Colonia Filomena Mata</u> 10.3 Núm. Exterior <u>79500</u> 10.4 Núm. Interior <u>00000</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Villa de Reyes</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>79500</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 type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>Completa</u> 11.2 Ocupación habitual <u>Desempleado</u> 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	12.2 Ocupación habitual <u>Desempleado</u> 12.3 Número de seguridad social o afiliación
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"/>	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"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <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) <u>Valentin Amador Rivas Guillen</u>
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>1112</u> 15.3 Núm. Exterior <u>78436</u> 15.4 Núm. Interior <u>00000</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad de G.S.</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>78436</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>05/11/2020</u> <u>00:36</u> Día Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté 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>Choque séptico</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Neumonía covid-19</u> b) <u>Neumonía covid-19</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Obesidad</u> c) <u>Obesidad</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Obesidad</u> d) <u>Obesidad</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Obesidad</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Obesidad</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>22 días</u> <u>32 días</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"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <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"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <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 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
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 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad <u>18</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>Colonia Filomena Mata</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>79500</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>00000</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Villa de Reyes</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 22.7.7 Código Postal <u>79500</u> 22.7.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 22.7.10 Entidad federativa
23. NOMBRE <u>Maria Guadalupe Hernandez Espinosa</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Prima</u>
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>5184917</u> Número de la cédula profesional
27. NOMBRE <u>Edgardo Alejandro González Carbajal</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA <u>[Firma]</u>
29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>1112</u> 29.1 Tipo de vialidad <u>Colonia Filomena Mata</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Soledad de G.S.</u> 29.3 Núm. Exterior <u>78436</u> 29.4 Núm. Interior <u>00000</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>78436</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 <u>4448260100</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>05/11/2020</u> Día Mes Año
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

EN REGISTRO 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 LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES



210830416