



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
210830420

ENTRÉQUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (AZUL) Y LA 2ª COPIA (ROSA) A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Juan Manuel Aguilar Torres</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>12/06/1973</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>AUTJ730619734HSPGRNO3</u> Se ignora <input type="radio"/>		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>0</u> Minutos Para menores de un día: <u>0</u> Horas Para menores de un mes: <u>0</u> Días Para menores de un año: <u>0</u> Meses Para personas de un año o más: <u>047</u> Años cumplidos		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 type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle Fernando Bello Bustamante</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>227</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Ricardo B. Anaya</u> 10.3 Núm. Exterior <u>71831910</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 <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>71831910</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 type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Editor</u> Se ignora <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input 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 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"/> <u>Hospital General de Soledad</u> 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.3 Nombre de la vialidad <u>Valentin Amador</u> 14.4 Nombre del asentamiento humano <u>Genovevo Rivas Guillén</u> 14.5 Nombre del asentamiento humano <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 14.6 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>1112</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>Colonias</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Genovevo Rivas Guillén</u> 15.3 Núm. Exterior <u>71831910</u> 15.4 Núm. Interior <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>71831910</u> 15.8 Localidad <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>10/06/2020</u> Día Mes Año <u>10:25</u> 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"/>

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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>Neumonía por SARS CoV 2</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</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>Hipertensión Arterial</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>14 días</u> <u>Años</u>	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
--	--	--	--

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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"/>	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
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"/> 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"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Anote 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 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>Mrs de Lourdes Ventura Martínez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Esposa</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"/> 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3272274</u> Número de la cédula profesional		27. NOMBRE <u>Luz Susana Ordoña Torres</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA <u>Luz Susana Ordoña Torres</u>
29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>Avenida Valentin Amador</u> 29.1 Tipo de vialidad <u>1112</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Colonias</u> <u>Genovevo Rivas Guillén</u> 29.3 Núm. Exterior <u>71831910</u> 29.4 Núm. Interior <u>Soledad de Graciano 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>71831910</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>444921011010</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>10/06/2020</u> Día Mes Año		

DEL G.

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
---	-------------------------------



210830420