

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

210830422



1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>José Antonio</u> Nombre(s)		<u>Aguilar</u> Primer Apellido		<u>Valadez</u> Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>16/12/1963</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>A01YA6311216H5IPG1R07</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"/> 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 menores de un año: Meses: Para personas de un año o más: Años cumplidos: <u>56</u> 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 checked="" 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>Privada</u> 10.1 Tipo de vialidad: <u>de Privilla</u> 10.2 Nombre de la vialidad: <u>MOCALES</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>1784710</u> 10.4 Núm. Interior: <u>1784710</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>784710</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): <u>San Luis Potosí</u>					
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Tercera <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 type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Agente de Vialidad</u> Se ignora <input type="radio"/>	
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"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación			
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"/>		14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General de Salud</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>Valentin Amador</u> 14.3 Nombre de la vialidad: <u>Hospital General de Salud</u> 14.4 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 14.5 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 14.6 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		14.7 Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad: <u>Avenida</u> 15.2 Nombre de la vialidad: <u>Hospital</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>112</u> 15.4 Núm. Interior: <u>112</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>784710</u> 15.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</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>06/11/2020</u> <u>06:44</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"/>		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <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, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía COVID 19</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Obesidad</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>COVID 19</u> Debido a (o como consecuencia de) 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>4 días</u> <u>4 días</u> <u>4 días</u> <u>4 días</u> Código CIE		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <u>4 días</u> <u>4 días</u> <u>4 días</u> <u>4 días</u> Código CIE	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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 checked="" 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 checked="" 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 comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Añote 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 Añote 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			
23. NOMBRE <u>María del Socorro</u> Nombre(s)		<u>Juarez</u> Primer Apellido		<u>Zurazaca</u> Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Padre</u>		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 Número de la cédula profesional: <u>75413300</u> Especifique: <u>adscrito</u>	
27. NOMBRE <u>Isaías Francisco</u> Nombre(s)		<u>Parrón</u> Primer Apellido		<u>Valle</u> Segundo Apellido	
28. FIRMA 		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad: <u>Avenida</u> 29.2 Nombre de la vialidad: <u>Valentin Amador</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>112</u> 29.4 Núm. Interior: <u>112</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Hospital</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Hospital General de Salud</u> 29.7 Código Postal: <u>784710</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>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>06/11/2020</u> Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			

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

210830422

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