



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

210830545

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA SU CANCELACIÓN Y LA 3ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA SU CANCELACIÓN Y LA 3ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA SU CANCELACIÓN

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Francisca Hernández Piña</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>03/12/1949</u>	
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>	
5. CURP <u>HCPFA91203MSPRXROG</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"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>07</u> Horas <u>00</u> Minutos Para menores de un día: <u>07</u> Días <u>00</u> Horas <u>00</u> Minutos Para menores de un mes: <u>07</u> Meses <u>00</u> Días <u>00</u> Horas <u>00</u> Minutos Para menores de un año: <u>07</u> Años <u>00</u> Meses <u>00</u> Días <u>00</u> Horas <u>00</u> Minutos Para personas de un año o más: <u>07</u> Años <u>00</u> Meses <u>00</u> Días <u>00</u> Horas <u>00</u> Minutos	
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 checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle Nueva del Potosí, Rioverde</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>14</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Potosí Rioverde</u> 10.3 Núm. Exterior <u>1781039</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>S.L.P.</u> 10.7 Código Postal <u>781039</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"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Comerciante <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"/>	
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 pública <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"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>1112</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Colonia</u> 15.3 Núm. Exterior <u>178434</u> 15.4 Núm. Interior <u>Soledad Graciano Sanchez</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad Graciano S</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>S.L.P.</u> 15.7 Código Postal <u>78434</u> 15.8 Localidad <u>Soledad Graciano Sanchez</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Soledad Graciano S</u> 15.10 Entidad federativa <u>S.L.P.</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>08/11/2020</u> <u>14:48</u>	
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 PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" 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>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Neumonia por Probable SARS-CoV-2</u> b) <u>Neumonia por Probable SARS-CoV-2</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Hipertensión Arterial Sistémica</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Hipertensión Arterial Sistémica</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 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"/>	
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 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> 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 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>Jessica Guadalupe Álvarez Hernández</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Sobrina</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 3207093 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE <u>Enka Abien Domínguez Yereca</u>	
28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>1112</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Colonia</u> 29.3 Núm. Exterior <u>178434</u> 29.4 Núm. Interior <u>Soledad Graciano S</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad Graciano S</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>S.L.P.</u> 29.7 Código Postal <u>78434</u> 29.8 Localidad <u>Soledad Graciano S</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>Soledad Graciano S</u> 29.10 Entidad federativa <u>S.L.P.</u> 29.11 Teléfono	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>08/11/2020</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	

210830545

