



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

210830545

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Francisco Hernández		Primer Apellido	Piña		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		10 31 2 1949	Dia Mes Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí	
5. CURP		HEPF491203MSPRXR06		Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD	
					Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 1 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para menores de un año	Para personas de un año o más	
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años	Años cumplidos	
Para menores de 28 días anote:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL		
						Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input checked="" type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 5	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad	Nueva del Potosí, Rioverde		10.2 Nombre de la vialidad	
		Calle			Potosí Rioverde			
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano			
17810391				Colonia	San Luis Potosí		S.L.P.	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input checked="" type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8	Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL		
				Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2	Comerciante	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	13.1 Número de seguridad social o afiliación		
					Se ignora <input type="radio"/> 99	13.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	Hospital General Soledad		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 1		
		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 9		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Protonacauán	15.1 Tipo de vialidad	Valentín Gómez		15.2 Nombre de la vialidad		
		Colonia		Soledad Graciano Sánchez		Coahuila		
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano				
1784361				S. L. P.				
15.7 Código Postal		15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		10 18 11 20 20	11 44 18	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
		Dia Mes Año	Horas Minutos			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		a) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)				2 díos		
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		b) Neumone por Probable SARS-CoV-2. Debido a (o como consecuencia de)				3 díos		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		c) Debido a (o como consecuencia de)						
d)								
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o el estado morbo que la produjo		Hipersensión Arterial Sistémica.				8 años		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4	El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	El puerperio <input type="radio"/> 3	SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Usa exclusivo del personal codificador	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)				
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Área industrial <input type="radio"/> 6 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8	Se ignora <input type="radio"/> 9		
22.2.5 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		22.7.1 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		Jessica Guadalupe Alvarez	Primer Apellido	Hernández	Segundo Apellido	Sobrina		
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	Dra. Octavio Tumbi	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
27. NOMBRE		Erika Alicia Domínguez	Primer Apellido	Yereca	Segundo Apellido	3207093	Número de la cédula profesional	
28. FIRMA								
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		Protonacauán	Valentín Gómez	1112	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano	
		Colmena Rivas Gómez 78436	Soledad Graciano S.	Colmena Rivas Gómez S.				
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal	29.8 Localidad					
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN					
			08 11 2020	Dia				
			2020	Mes				
			20	Año				

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

210830545



DEL CERTIFICANTE  
INF.

MUERTES ACCIDENTALES  
Y VIOLENTAS

DE LA DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>a</sup> COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA QUE NÚMERO 11. AT. 10.6. DE LA DEFUNCIÓN