



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO  
210830546

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (AZUL) A EL REGISTRO CIVIL Y LA 2ª COPIA (ROSA) Y LA 3ª COPIA (VERDE) A LOS PARTICULARES

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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Genaro Ramirez Hernandez</u>		Nombre(s) <u>Genaro</u>		Primer Apellido <u>Ramirez</u>		Segundo Apellido <u>Hernandez</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>10/21/21/96</u>		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>			
5. CURP <u>RAHIG611121021HSIPMRND9</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique			
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>  </u> Minutos Para menores de un día: <u>  </u> Horas Para menores de un mes: <u>  </u> Días Para menores de un año: <u>  </u> Meses Para personas de un año o más: <u>58</u> Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(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>3</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Localidad</u> 10.3 Núm. Exterior <u>71841810</u> 10.4 Núm. Interior <u>  </u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Barbechos</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Maxquith de Carmona</u> 10.7 Código Postal <u>71841810</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 checked="" 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"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Jornalero <input checked="" type="radio"/> Trabajaba <input type="radio"/> No <input 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"/> 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"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>1112</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>Colonias</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Rivas Guilan</u> 15.3 Núm. Exterior <u>71841315</u> 15.4 Núm. Interior <u>  </u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad Graciano Sanchez</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>71841315</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>10/21/2020</u> 16.1 Día <u>20</u> 16.2 Mes <u>10</u> 16.3 Año <u>2020</u> 16.4 Horas <u>13</u> 16.5 Minutos <u>31</u>			
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <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>Choque Séptico</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía por COVID 19</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>  </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			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>  </u>		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? Si <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 pública u oficina <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) <u>  </u>			
23. NOMBRE <u>Valentin Ramirez Hernandez</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermano</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>6880359</u>		27. NOMBRE <u>Mercedes Lucia Sandoval Gallejos</u>		28. FIRMA <u>  </u>			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>1112</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Colonias</u> 29.3 Núm. Exterior <u>71841315</u> 29.4 Núm. Interior <u>  </u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad Graciano Sanchez</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>71841315</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>4448240100</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>10/21/2020</u> 30.1 Día <u>21</u> 30.2 Mes <u>10</u> 30.3 Año <u>2020</u>					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O REGISTRO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					