



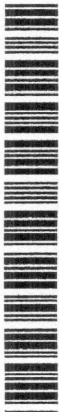
SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
210830693
Modelo 2017.1

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

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

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Juan Carlos Carrera Rodriguez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido						
	2. FECHA DE NACIMIENTO <u>06/01/1968</u> Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
	5. CURP <u>CARJ680106HSPRDNO2</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique		
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Meses Para personas de un año o más Años cumplidos <u>052</u> Se ignora <input type="radio"/> 9		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9				
DE LA DEFUNCIÓN	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>211 101 Calle Colonia Tequisquiapan</u> 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>78256</u> 10.7 Código Postal 10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 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 type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input checked="" type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Sacerdote</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba: Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación			14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Salud</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99			
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>1112 Polengación Colonia Rivas Guillén</u> 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>78436</u> 15.7 Código Postal 15.8 Localidad <u>Salidad de G.S. San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa			16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>09/11/2020 2130</u> Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
	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 covid-19</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Hipertensión arterial</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Hipertensión arterial</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 <u>2 días</u> <u>18 días</u> Código CIE			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 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			22.8 Localidad			
	22.7.1 Tipo de vialidad			22.7.2 Nombre de la vialidad			
DEL CERTIFICANTE	23. NOMBRE <u>Blanca Lupita Carrera Rodriguez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermana</u>			
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>5184917</u> Número de la cédula profesional			
	27. NOMBRE <u>Edgar Alejandro Gonzalez Carbajal</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			28. FIRMA			
	29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>Polengación Colonia Rivas Guillén</u> 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>78436</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad <u>Salidad de G.S. San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono <u>7448260106</u>			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>10/11/2020</u> Día Mes Año			
REG. VIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad			



210830693