



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

Modelo 2017.1

FOLIO

210830698

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Alan Ulises</u> Primer Apellido <u>Almendarez</u> Segundo Apellido <u>Sanchez</u>								
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>28</u> Mes <u>04</u> Año <u>1985</u>	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)						
5. CURP <u>AESA850428HSP4NL00</u>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐						
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>35</u> Se ignora ☐	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐							
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Nicolas Romero</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>310</u> 10.4 Núm. Interior: <u>78340</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>78340</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 ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☒ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☒ Incompleta ☐								
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Desempleado</u> 12.1 Trabajaba: Si ☐ No ☒ Se ignora ☐								
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ IMSS PROSPERA ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐								
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ <u>Hospital General Soledad</u> 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General Soledad</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>1112</u>								
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Prolongación Valentín Amador</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Rivas Guillén</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>78340</u> 15.4 Núm. Interior: <u>78340</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Soledad Graciana Sánchez</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Soledad Graciana Sánchez</u> 15.7 Código Postal: <u>78340</u> 15.8 Localidad: <u>Soledad Graciana Sánchez</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 Día <u>10</u> Mes <u>11</u> Año <u>2020</u> Horas <u>16</u> Minutos <u>00</u>			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒				
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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 Grave</u> 10 días Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía por SARS cov2</u> 10 días Debido a (o como consecuencia de) c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u></u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐			22. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☒		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐			22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</u>					
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: 22.7.2 Nombre de la vivienda: 22.7.3 Núm. Exterior: <u>78340</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>78340</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: 22.7.7 Código Postal: <u>78340</u> 22.7.8 Localidad: <u>Soledad Graciana Sánchez</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 22.7.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Esposa</u>					
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Directiva Guardia Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>6880359</u> Número de la cédula profesional 28. FIRMA <u>[Firma]</u>					
27. NOMBRE <u>Mercedes Lucía Sandoval Gallegos</u> Nombre(s) <u>Mercedes Lucía</u> Primer Apellido <u>Sandoval</u> Segundo Apellido <u>Gallegos</u>			29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Prolongación Valentín Amador 1112</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Rivas Guillén</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>78340</u> 29.4 Núm. Interior: <u>78340</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Soledad Graciana Sánchez</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Soledad Graciana Sánchez</u> 29.7 Código Postal: <u>78340</u> 29.8 Localidad: <u>Soledad Graciana Sánchez</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u>4448260100</u>			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>11</u> Mes <u>11</u> Año <u>2020</u>		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u></u> Libro Núm. <u></u> 31.1 Acta Núm. <u></u>			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u></u> 32.2 Municipio o Alcaldía: <u></u> 32.3 Entidad federativa: <u></u> 32.4 Día: <u></u> Mes: <u></u> Año: <u></u>					

210830698