



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

210830701

ANTES DE LLENAR, LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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>Jose Pedro Mata</u>			2. FECHA DE NACIMIENTO <u>29/06/1939</u> Día Mes Año			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> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP <u>MACP3906129HSPATS006</u>			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <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: 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: <u>081</u> Años cumplidos		
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:			8.2 Semanas de gestación:			8.3 Peso (gramos):			9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" 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>Avenida</u> 10.1 Tipo de vialidad			10.2 Nombre de la vialidad <u>Libertad</u>			10.3 Núm. Exterior <u>73950</u> 10.4 Núm. Interior <u>21</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Zapotillo</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>			10.7 Código Postal <u>73950</u> 10.8 Localidad <u>Villa Hidalgo</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"/>			11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>Completa</u>			12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Mecánico</u>			12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> PEXEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			13.1 Número de seguridad social o afiliación			14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEXEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>			14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Soledad</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>1112</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>Avenida</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Volentin Amador</u> 15.3 Núm. Exterior <u>73950</u> 15.4 Núm. Interior <u>21</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Soledad de Gregorio Sánchez</u>			15.7 Código Postal <u>73950</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>11/01/2020</u> 16.1 Día <u>11</u> 16.2 Mes <u>01</u> 16.3 Año <u>2020</u> 16.4 Horas <u>12</u> 16.5 Minutos <u>50</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.)			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte			Código CIE		

DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente <u>a) Insuficiencia Respiratoria</u> Debido a (o como consecuencia de)			b) <u>Probable Neumonía COVID 19</u> Debido a (o como consecuencia de)			c) Debido a (o como consecuencia de)			d) 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 morbooso que la produjo											

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"/> 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"/>			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>			21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
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 checked="" 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 (via pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			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			22.7.1 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		

DEL INF.

23. NOMBRE <u>Nohemi</u> <u>Mata</u> <u>Palermo</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>		
--	--	--	---	--	--

DEL CERTIFICANTE

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 <u>3272274</u> Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE <u>Lucia Susana Orduña Torres</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			28. FIRMA <u>[Firma]</u>		
29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>Avenida</u> <u>Volentin Amador</u> <u>1112</u> <u>Colonia</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>Soledad de Gregorio Sánchez</u> <u>San Luis Potosí</u> <u>73950</u> 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			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>11/01/2020</u> Día Mes Año		

REG. IL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad		
---	--	--	---	--	--



210830701