SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 210831073

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO: Cesareo (Nombre) Hernandez (Primer Apellido) Ramos (Segundo Apellido)
2. FECHA DE NACIMIENTO: 29 / 08 / 1944 (Día / Mes / Año)
3. SEXO: Hombre ● Mujer ○ Se ignora ○
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: San Luis Potosí
5. CURP: HERC440827HSPRMS09 Se ignora ○
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○ No ● Se ignora ○
7. NACIONALIDAD: Mexicana ● Otra ○
8. EDAD COMPLETA: Para menores de un año: Horas / Días / Meses / Años — Para mayores de un año: 76 Se ignora ○
9. Para menores de 28 días nacidos vivos: 9.1 Peso del certificado de nacimiento; 9.2 Semanas de gestación; 9.3 Peso (gramos)
10. ESTADO CONYUGAL: Soltero ○ Casado ○ Unión libre ● Separado ○ Viudo ○ Divorciado ○ Se ignora ○
11. RESIDENCIA HABITUAL: País: México; 11.1 Tipo de entidad: Segunda Privada de Cerindon; 11.2 Nombre de la vialidad: 425; 11.3 Tipo de vialidad: Calle; 11.4 Nombre del asentamiento humano: Colonia Albino Garcia; 11.5 Tipo de asentamiento humano; 11.6 Localidad: San Luis Potosí; 11.7 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí; 11.8 Entre calle y calle; 11.9 Código Postal: 78153
12. ESCOLARIDAD: Ninguna ● Preescolar ○ Primaria ○ Secundaria ○ Bachillerato o Preparatoria ○ Profesional ○ Posgrado ○ Se ignora ○
13. OCUPACIÓN HABITUAL: Comerciante; 13.1 La ocupación anterior era: Ocupada ● Inactiva ○; 13.2 Trabajaba: Sí ○ No ● Se ignora ○
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ● IMSS ○ ISSSTE ○ ISSSTEA ○ Seguro Popular ○ Otra ○ IMSS PROSPERA ○ Se ignora ○; 14.1 Número de seguridad social / afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Domicilio ● Hospital ○ Ambulancia ○ Vía pública ○ Otra institución pública ○ Otra institución privada ○ Hospital General Soledad; 15.1 Nombre de la institución pública; 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES); Se ignora ○
16. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: País: México; 16.1 Tipo de vialidad: Prolongacion; 16.2 Nombre de la vialidad: Valentin Amador; 16.3 Número exterior: 1112; 16.4 Número interior; 16.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia; 16.6 Nombre del asentamiento humano: Rivas Guillen; 16.7 Localidad: Soledad Graciano Sanchez; 16.8 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí; 16.9 Entre calle y calle; 16.10 Código Postal: 78435
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 12 / 1 / 2020 / 18:55 (Día / Mes / Año / Hora)
18. ¿FUE ATENDIDO MÉDICAMENTE DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ● No ○ Se ignora ○
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○ No ●
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una enfermedad o estado morboso por renglón. Si hay varias causas, anote la más reciente en la parte inferior)

Parte	Causas	Intervalo	Código CIE
a	Sindrome Insuficiencia Respiratoria Agudo Grave	2 dias	
b	Neumonia Probable COVID 19	2 dias	
c	Hipertension Arterial Sistemica	años	
d			
Parte II			

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: Embarazada ○ Parto ○ Puerperio ○ No ○ Se ignora ○
22. ¿Las causas anotadas contribuyeron al embarazo, parto o puerperio? Sí ○ No ○
23. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN (Código CIE)

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

24. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: Tipo de accidente: Accidente ○ Homicidio ○ Suicidio ○ Se ignora ○
24.1 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○ No ○ Se ignora ○
24.2 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○ Área habitacional ○ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○ Calle o carretera (vía pública) ○ Escuela o oficina pública ○ Área industrial o de servicios ○ Taller, fábrica, obras ○ Granjas, ranchos o parcelas ○ Otro ○ Se ignora ○
24.4 Anote la razón que tenía el presunto agresor con la víctima
24.5 La situación fue registrada en el Ministerio Público con el acta número
24.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se originó la muerte del presunto accidente, homicidio o suicidio
24.7 Anote el servicio donde ocurrió la lesión: 24.7.1 Tipo de vialidad; 24.7.2 Nombre de la vialidad; 24.7.3 Número exterior; 24.7.4 Número interior; 24.7.5 Tipo de asentamiento humano; 24.7.6 Nombre del asentamiento humano; 24.7.7 Código Postal; 24.7.8 Localidad; 24.7.9 Municipio o Alcaldía; 24.7.10 Entidad federativa

DEL DIF

25. NOMBRE: María Guadalupe Hernandez De los Santos (Nombre) (Primer Apellido) (Segundo Apellido)
26. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Hija

DEL CERTIFICANTE

28. CERTIFICADO POR: Médico tratante ○ Médico legista ○ Otro médico ● Directivo Guardia ○ Autoridad sanitaria ○ Otro ○
29. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Cédula profesional: 6880359
27. NOMBRE: Mercedes Lucio Sandoval Gallegos (Nombre) (Primer Apellido) (Segundo Apellido)
30. FIRMA
31. DOMICILIO Y TELÉFONO: Prolongacion Valentin Amador 1112 (31.1 Tipo de vialidad) (31.2 Nombre de la vialidad) (31.3 Número exterior) (31.4 Número interior) Colonia Rivas Guillen (31.5 Nombre del asentamiento humano) 78435 (31.6 Código Postal) (31.7 Municipio o Alcaldía) Soledad Graciano Sanchez (31.8 Entidad federativa) San Luis Potosí (31.9 Teléfono) 444 826 0109
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 12 / 1 / 2020 (Día / Mes / Año)

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Número ____ Libro Número ____
34. Acta Número
35. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: Clave de la entidad federativa; Municipio o Alcaldía; Entidad federativa; Día / Mes / Año

210831073

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Escaneado con CamScanner