



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

FOLIO

210831198

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Victor Eduardo</u> <u>Valdes Martin</u> del <u>Campo</u>		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>14</u> Mes <u>10</u> Año <u>1963</u>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Coahuila</u>	
5. CURP <u>VIAHVI6312124H01LRLR1010</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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>157</u> Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Fraccionamiento Los Halcones</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>Antena de Otell</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Los Halcones</u> 10.3 Núm. Exterior <u>71819116</u> 10.4 Núm. Interior <u>  </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>71819116</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 <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> No <input 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"/> SEMAR <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 type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Avenida</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Valderrama</u> 15.3 Núm. Exterior <u>71814315</u> 15.4 Núm. Interior <u>  </u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>71814315</u> 15.8 Localidad <u>San Luis Potosí</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>13</u> Mes <u>11</u> Año <u>2019</u> Horas <u>12</u> Minutos <u>30</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <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.) a) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> b) <u>Neumonía atípica</u> c) <u>Suspecha de covid 19</u> d) <u>Diabetes mellitus tipo 2</u>	
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? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía 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): <u>  </u>	
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Victor Eduardo</u> <u>Valdes</u> <u>Diaz</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input 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>5306059</u>		27. NOMBRE Nombre(s) <u>Angel</u> <u>Monray</u> <u>Aranda</u>		28. FIRMA <u>  </u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Avenida</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Valderrama</u> 29.3 Núm. Exterior <u>71814315</u> 29.4 Núm. Interior <u>  </u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>71814315</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>  </u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>13</u> Mes <u>11</u> Año <u>2019</u>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA <u>  </u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u>  </u>		33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u>  </u>		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u>  </u>	

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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

210831198

