



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

210831199 210831199 210831199 210831199 210831199
210831199 210831199 210831199 210831199 210831199

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		RN	Quiróz	Espartza					
		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido					
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO						
1909	2020	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	San Luis Potosí	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)					
Día	Mes	Año	<input type="radio"/> 9						
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD						
		Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1	Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique		
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	Se ignora <input type="radio"/> 9		
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos			
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	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 type="radio"/> 1		
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad					
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle		San Nicolás					
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano					
78520		Colonia		Cedral					
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía					
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL						
Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1	Se ignora <input type="radio"/> 99		
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99			Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	Vía pública <input type="radio"/> 10		
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99		Otro lugar <input type="radio"/> 12		
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDA <input type="radio"/> 6	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8			Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Hospital General de Salcedad					Via pública <input type="radio"/> 10		
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	14.3 Número de seguridad social o afiliación		
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDA <input type="radio"/> 6	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Valentín Amador	Vía pública <input type="radio"/> 10		
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.7 Código Postal		Rivas 6xillén	15.8 Localidad		
78438		Colonia	Salcedad de Valentín Amador Sánchez San Luis Potosí	15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Número de la vialidad	16.2 Nombre de la vialidad	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
4	4	11 2020	06 40	Sí <input checked="" type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	
Día	Mes	Año	Horas						
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Causa de la defunción					Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Insuficiencia respiratoria aguda	19.2 Causa de la defunción			40 minutos	Código CIE		
		Debido a (o como consecuencia de)							
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Neumonía por COVID-19	19.3 Causa de la defunción			22 días			
		Debido a (o como consecuencia de)				56 días			
c) Prematuerza		Debido a (o como consecuencia de)	19.4 Causa de la defunción			56 días			
d) Displasia broncopulmonar			19.5 Causa de la defunción						
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			19.6 Causa de la defunción						
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2				
El embarazo <input type="radio"/> 1		El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3						
43 días a 11 meses		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5							
después del parto o aborto <input type="radio"/> 4									
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra)					
Accidente <input type="radio"/> 1			Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.)	Área deportiva <input type="radio"/> 3 (calle o carretera)					
Homicidio <input type="radio"/> 2			Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (rancho o parcela)					
Suicidio <input type="radio"/> 3		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8					
			Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 9					
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					
23. NOMBRE		Abelardo	Mateo	Espinosa	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				
		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Padre				
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO							
Médico tratante <input type="radio"/> 1		Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico* <input type="radio"/> 3	6723575					
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8	Número de la cédula profesional					
27. NOMBRE		28. FIRMA							
Erik		Gómez	Sánchez						
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido						
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Prácticas Valéntin Amador	112	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano			
		29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad						
		29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
					1	4	2020		
					2	4			
					2	2			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO							
Número _____, Libro Núm. _____		32.1 Localidad							