

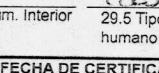


## **SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

Modem 2017 : 1

210831280

DE LA DEFUNCIÓN	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	ANGELINA HERNANDEZ QUISTIANO							
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido						
DEL FALLECIDO	2. FECHA DE NACIMIENTO	02 08 1954	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	SAN LUIS POTOSI	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
	Dia	Mes	Año						
DEL FALLECIDO	5. CURP	HEQAS40802MSPRNS06		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"/> Otra <input type="radio"/> → Especifique		
		Se ignora <input type="radio"/>		8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Horas <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Días <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Meses <input type="radio"/> Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos <input checked="" type="radio"/>	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/>	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/>	
DEL FALLECIDO	Para menores de 28 días anote:			8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	10. RESIDENCIA HABITUAL	Calle		
	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:					10.1 Tipo de vialidad	CENTROTE		
DEL FALLECIDO	10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano	10.7 Código Postal	Colonia	LAS JULIAS		
	71811319		SAN LUIS POTOSI	SAN LUIS POTOSI	10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía	SAN LUIS POTOSI	
DEL FALLECIDO	11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	HOGAR	12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12		
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación		
DE LA DEFUNCIÓN	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Procuración	VICENTE ARENAL	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad		
	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	Colonia	RIVAS GUTIERREZ	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía
DE LA DEFUNCIÓN	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	11 12 2020 23 34	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2			
	Dia	Mes	Año	Horas	Minutos				
DE LA DEFUNCIÓN	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)	PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE		
	a) NEUMONIA SAES-COV-2	Debido a (o como consecuencia de)	b)	Debido a (o como consecuencia de)	c)	Debido a (o como consecuencia de)	d)		
DE LA DEFUNCIÓN	Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA		ANOS			
	{			DIABETES MELLITUS TIPO 2		ANOS			
DE LA DEFUNCIÓN	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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
			No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5					Código CIE	
DE LA DEFUNCIÓN	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
			Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			Área deportiva <input type="radio"/> 3 Granja <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9			
DE LA DEFUNCIÓN	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	22.7.1 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					
DE LA DEFUNCIÓN	22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía	22.7.10 Entidad federativa					
DE LA DEFUNCIÓN	23. NOMBRE	MARIA ASCENCION	HERNANDEZ	HIJA	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido						
DEL CERTIFICANTE	25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	10107709			
					Número de la cédula profesional				
DEL CERTIFICANTE	27. NOMBRE	RAL ALFONSO DINE	HERNANDEZ	HONORARIO	28. FIRMA				
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido						
DEL CERTIFICANTE	29. DOMICILIO y TELÉFONO	Procuración	VICENTE ARENAL	1112	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior			
	29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Num. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano				
DEL CERTIFICANTE	29.6 Nombre del asentamiento humano	71811316	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
	29.9 Municipio o Alcaldía	SAN LUIS POTOSI	29.10 Entidad federativa	82601001	Dia	15			
DEL CERTIFICANTE	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE MIGRACIÓN	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			Mes	11			
					Año	2020			