

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

210831282

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Jorge</u> <u>Luna</u> <u>Castillo</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>10</u> <u>12</u> <u>19</u> <u>77</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>Estado de México</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>LUCJ771210HMCNSRLO8</u> Se ignora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>04</u> <u>2</u> Años cumplidos Para menores de un día: <u>04</u> <u>2</u> Años cumplidos Para menores de un mes: <u>04</u> <u>2</u> Años cumplidos Para menores de un año: <u>04</u> <u>2</u> Años cumplidos Para personas de un año o más: <u>04</u> <u>2</u> Años cumplidos	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Prolongación</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> <u>101</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>El Palmar</u> 10.3 Núm. Exterior <u>724</u> 10.4 Núm. Interior <u>724</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Juan Potosí</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Juan Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>783914</u> 10.8 Localidad <u>San Juan Potosí</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Juan Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>SLP</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 checked="" type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Taxista</u> 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"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <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 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 pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> <u>Hospital General Soledad</u> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Voluntad Amador</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>Genoveva Rivas Guillén</u> 14.3 Tipo de vialidad <u>142</u> 14.4 Nombre de la vialidad <u>Soledad Gracianos</u> 14.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad Gracianos</u> 14.6 Nombre del asentamiento humano <u>Soledad Gracianos</u> 14.7 Código Postal <u>783914</u> 14.8 Localidad <u>Soledad Gracianos</u> 14.9 Municipio o Alcaldía <u>Soledad Gracianos</u> 14.10 Entidad federativa <u>SLP</u>	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>142</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Voluntad Amador</u> 15.3 Núm. Exterior <u>783914</u> 15.4 Núm. Interior <u>783914</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad Gracianos</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Soledad Gracianos</u> 15.7 Código Postal <u>783914</u> 15.8 Localidad <u>Soledad Gracianos</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Soledad Gracianos</u> 15.10 Entidad federativa <u>SLP</u>
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>16</u> <u>11</u> <u>20</u> <u>20</u> <u>04</u> <u>30</u> Día Mes Año Horas Minutos	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 PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Neumonía por COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Hipertensión Arterial</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Obesidad</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Obesidad</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Hipertensión Arterial</u> <u>Obesidad</u>
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>15 días</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"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias 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 <u>Claudia Aide Velazquez</u> Nombre(s) Primer Apellido <u>Rodriguez</u> Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Pareja</u>
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 Número de la cédula profesional <u>3207093</u>
27. NOMBRE <u>Enka Alicia Domínguez</u> Nombre(s) Primer Apellido <u>Yereca</u> Segundo Apellido	28. FIRMA <u>[Firma]</u>
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Prolongación</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Voluntad Amador</u> 29.3 Núm. Exterior <u>783914</u> 29.4 Núm. Interior <u>783914</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad Gracianos</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Soledad Gracianos</u> 29.7 Código Postal <u>783914</u> 29.8 Localidad <u>Soledad Gracianos</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>Soledad Gracianos</u> 29.10 Entidad federativa <u>SLP</u> 29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>16</u> <u>11</u> <u>20</u> <u>20</u> Día Mes Año
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

210831282