SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 210831286

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

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Diego Miguel (Nombre(s)) Hernández (Primer Apellido) Huerta (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO: 21 / 10 / 1973 (Día / Mes / Año) — 3. SEXO: Hombre ● Mujer ○ Se ignora ○ — 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: San Luis Potosí (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP: HEHD731021HSLRRG06 — 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○ No ● Se ignora ○ — 7. NACIONALIDAD: Mexicana ● Otra ○ → Especifique — Se ignora ○

8. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora (Minutos) / Para menores de un día (Horas) / Para menores de un mes (Días) / Para menores de un año (Meses) / Para personas de un año o más: 047 (Años cumplidos) — Se ignora ○

Para menores de 28 días anote: 8.1 Fecha del Certificado de Nacimiento — 8.2 Semanas de gestación — 8.3 Peso (gramos) — 9. ESTADO CONYUGAL: En unión libre ○ Separado(a) ○ Divorciado(a) ○ Viudo(a) ○ Soltero(a) ● Casado(a) ○ Se ignora ○

10. RESIDENCIA HABITUAL (Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)): 10.1 Tipo de vialidad: Calle — 10.2 Nombre de la vialidad: República de Cuba — 10.3 Núm. Exterior: 115 — 10.4 Núm. Interior: — 10.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia — 10.6 Nombre del asentamiento humano: San Francisco — 10.7 Código Postal: 78434 — 10.8 Localidad: Soledad Graciano S. — 10.9 Municipio o Alcaldía: Soledad Graciano S. — 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): S.L.P.

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ○ Preescolar ○ Primaria ○ Secundaria ○ Bachillerato o preparatoria ○ Profesional ● Posgrado ○ Se ignora ○ — 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ● Incompleta ○ — 12. OCUPACIÓN HABITUAL: Comerciante — Se ignora ○ — 12.1 Trabajo: Sí ● No ○ Se ignora ○

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguno ○ ISSSTE ○ SEDENA ○ Seguro Popular ○ Otro ○ IMSS ○ PEMEX ○ SEMAR ○ IMSS PROSPERA ○ Se ignora ○ — 13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ● IMSS ○ PEMEX ○ SEMAR ○ IMSS PROSPERA ○ ISSSTE ○ SEDENA ○ Otra unidad pública ○ Unidad médica privada ○ — Hospital General Soledad. — 14.1 Nombre de la unidad médica — Vía pública ○ Otro lugar ○ Hogar ○ Se ignora ○ — 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: 15.1 Tipo de vialidad: Prolongacion — 15.2 Nombre de la vialidad: Valentin Amador — 15.3 Núm. Exterior: 1112 — 15.4 Núm. Interior: — 15.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia — 15.6 Nombre del asentamiento humano: Conjunto Kiran Guillen — 15.7 Código Postal: 78436 — 15.8 Localidad: Soledad Graciano S. — 15.9 Municipio o Alcaldía: Soledad Graciano S. — 15.10 Entidad federativa: S.L.P.

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 16 / 11 / 2020 (Día / Mes / Año) — 1820 (Horas / Minutos)

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ● No ○ Se ignora ○

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○ No ●

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, asfixia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Choque Séptico foco Pulmonar	24 horas	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existen alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Insuficiencia Respiratoria Aguda Severa	5 días.	
	c) Neumonia por SARS-CoV-2	14 días.	
	d)		
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	Obesidad	años.	

20. SI LA DEFUNCIÓN CORresponde A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 20.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○ El parto ○ El puerperio ○ No estaba embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○ No sabe si estaba embarazada ○ — 21.2 ¿Las causas anotadas fueron consecuencias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○ No ○ — 21.3 ¿Las causas anotadas contribuyeron al embarazo, parto o puerperio? Sí ○ No ○ — 29. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un: accidente ○ homicidio ○ suicidio ○ se ignora ○ — 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○ No ○ Se ignora ○ — 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○ Área deportiva ○ Violencia colectiva (asalto, pillaje, etc.) ○ Calle o carretera (vía pública) ○ Escuela u oficina pública ○ Área comercial o de servicios ○ Área industrial (taller, fábrica u obra) ○ Granja (rancho o parcela) ○ Otro ○ Se ignora ○ — 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

22.5 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 Tipo de asentamiento humano — 22.7.4 Nombre del asentamiento humano — 22.7.5 Código Postal — 22.7.8 Localidad — 22.7.9 Municipio o Alcaldía — 22.7.10 Entidad federativa

23. Nombre Martin Alvarez Hernandez — Primer Apellido — Segundo Apellido — 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Sobrino

25. Profesión: Médico ○ Enfermera(o) ○ Otra ● Director de grupo — Especifique — 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 3238386 — Número de la cédula profesional

27. NOMBRE Mauro Ramirez Cuevas — Primer Apellido — Segundo Apellido — 28. FIRMA

29.1 Tipo de vialidad: Prolongacion — 29.2 Nombre de la vialidad: Valentin Amador — 29.3 Núm. Exterior: 1112 — 29.4 Núm. Interior: — 29.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia — 29.6 Localidad: Soledad de Graciano — 29.7 Código Postal: 78436 — 29.8 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí — 29.9 Entidad federativa: S.L.P. — 29.10 Teléfono: 8240100 — 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 16 / 11 / 2020 (Día / Mes / Año)

31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO — 31.1 Localidad — 31.2 Municipio o Alcaldía — 31.3 Entidad federativa — 31.4 Día — Mes — Año

ENTREGUE EL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD