



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

210831289

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

EG. L

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Ma Julia Molina Ramirez</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO <u>29/01/1938</u>		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>
5. CURP <u>MORT380129MSALML07</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>0</u> Horas <u>0</u> Minutos Para menores de un día: <u>0</u> Días <u>0</u> Meses <u>0</u> Años Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <u>7814315</u> 8.2 Semanas de gestación: <u>0</u> 8.3 Peso (gramos): <u>0</u>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☒ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle Leon de la Barra</u> 10.1 Tipo de vialidad: <u>San Francisco</u> 10.2 Nombre de la vialidad: <u>Soledad de Grajano Sánchez</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>1112</u> 10.4 Núm. Interior: <u>1112</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Soledad de Grajano Sánchez</u> 10.7 Código Postal: <u>7814315</u> 10.8 Localidad: <u>Soledad de Grajano Sánchez</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 ☒ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ Incompleta ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Hogar</u> 12.1 Trabajaba: Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ OTRA UNIDAD PÚBLICA ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>Hospital General de Soledad</u> 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Valentin Amador</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>Cienovecho Rivas Guillén</u>		13.2 Tipo de afiliación: Vía pública ☐ Otro lugar ☐ Hogar ☐ Se ignora ☐	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ OTRA UNIDAD PÚBLICA ☐ Unidad médica privada ☐		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>1112</u> 15.1 Tipo de vialidad: <u>Soledad de Grajano Sánchez</u> 15.2 Nombre de la vialidad: <u>San Luis Potosí</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>1112</u> 15.4 Núm. Interior: <u>1112</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Soledad de Grajano Sánchez</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal: <u>7814315</u> 15.8 Localidad: <u>Soledad de Grajano Sánchez</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 <u>17/11/2020</u> 16.1 Día: <u>17</u> 16.2 Mes: <u>11</u> 16.3 Año: <u>2020</u> 16.4 Horas: <u>04</u> 16.5 Minutos: <u>04</u>	
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 (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Probable COVID-19</u> b) <u>Probable COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Diabetes Mellitus 2</u> c) <u>Hipertensión Arterial Sistémica</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Diabetes Mellitus 2</u> d) <u>Hipertensión Arterial Sistémica</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo <u>Diabetes Mellitus 2</u> <u>Hipertensión Arterial Sistémica</u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>2 días</u> <u>19 días</u> <u>Años</u> <u>Años</u>		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: 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 ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): <u>1112</u> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>1112</u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>1112</u> 22.7 Añote 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>Juana Rubio Molina</u> Nombre(s): <u>Juana</u> Primer Apellido: <u>Rubio</u> Segundo Apellido: <u>Molina</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico* ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil* ☐ Otro* ☐	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3272274</u> Número de la cédula profesional: 27. NOMBRE <u>Lidia Susana Orduña Torres</u> Nombre(s): <u>Lidia</u> Primer Apellido: <u>Susana</u> Segundo Apellido: <u>Orduña Torres</u>		28. FIRMA <u>Lidia Susana Orduña Torres</u>		29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>1112</u> 29.1 Tipo de vialidad: <u>Soledad de Grajano Sánchez</u> 29.2 Nombre de la vialidad: <u>San Luis Potosí</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>1112</u> 29.4 Núm. Interior: <u>1112</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Soledad de Grajano Sánchez</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal: <u>7814315</u> 29.8 Localidad: <u>Soledad de Grajano Sánchez</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u>4442200100</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>17/11/2020</u> Día: <u>17</u> Mes: <u>11</u> Año: <u>2020</u>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	