



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
210831291

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Hilario</u> <u>Amendarez</u> <u>Esmeralda</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>21</u> <u>10</u> <u>1965</u> Día Mes Año		3. SEXO Hombre ☒ 1 Mujer ☐ 2 Se ignora ☐ 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>AEEH651021HSP LSL04</u> Se ignora ☐ 99 Si ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Se ignora ☐ 9 Otra ☐ 2 → Especifique
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>0</u> <u>5</u> <u>5</u> Años cumplidos Para menores de un día: <u>0</u> <u>5</u> <u>5</u> Horas Para menores de un mes: <u>0</u> <u>5</u> <u>5</u> Días Para menores de un año: <u>0</u> <u>5</u> <u>5</u> Meses		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ 6 Viudo(a) ☐ 2 Casado(a) ☒ 3 En unión libre ☐ 4 Divorciado(a) ☐ 1 Soltero(a) ☐ 5 Se ignora ☐ 9		
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>312</u> <u>Trancinamiento</u> <u>Las Mercedes</u> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>78394</u> <u>San Luis Potosí</u> <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Preescolar ☐ 12 Primaria ☐ 3 Secundaria ☒ 5 Bachillerato o preparatoria ☐ 7 Profesional ☐ 8 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Tecno de negocios</u> Se ignora ☐ 99 12.1 Trabajaba Si ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☐ 7 Otra ☐ 8 IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS PROSPERA ☐ 10 Se ignora ☐ 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 IMSS PROSPERA ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8 Unidad médica privada ☐ 9 <u>Hospital General Soledad</u> 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>112</u> <u>Colonia</u> <u>Rivas Guillen</u> 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 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>78436</u> <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> <u>Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>16</u> <u>11</u> <u>2020</u> <u>21</u> <u>15</u> Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si ☐ 1 No ☒ 2

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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>Choque Séptico</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Insuficiencia Respiratoria</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Neumonía COVID 19</u> Debido a (o como consecuencia de) d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>48 hrs.</u> <u>48 hrs.</u> <u>11 días</u>	Código CIE
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 0 Área deportiva ☐ 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicio ☐ 5 Se ignora ☐ 9		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>1112</u> <u>Colonia</u> 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 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 <u>78436</u> <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> <u>Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosí</u> 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Nuera</u>		

DEL INF.

23. NOMBRE <u>Anallely</u> <u>Puente</u> <u>Bilos</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Nuera</u>	
--	--	--	--

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico* ☐ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil* ☐ 5 Otro* ☒ 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>10124703</u> Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE <u>Nailani</u> <u>Donloros</u> <u>Flores</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA <u>H</u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>1112</u> <u>Colonia</u> 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad <u>78436</u> <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosí</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>17</u> <u>11</u> <u>2020</u> Día Mes Año	

G.

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



210831291