Modelo 2017

FOLIO 210831579

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Nombre(s): Ma. Guadalupe; Primer Apellido: Luna; Segundo Apellido: Ortiz

2. FECHA DE NACIMIENTO: Día 12 Mes 12 Año 1953

3. SEXO: Hombre ○1 Mujer ●2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: Tamaulipas (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP: LUOG531212MTSNRD08 Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ○2 Se ignora ●9

7. NACIONALIDAD: Mexicana ●1 Otra ○2 → Especifique: Se ignora ○9

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: 66 Años cumplidos; Se ignora ○9

Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) ○6 Viudo(a) ○2 Casado(a) ●5 En unión libre ○4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ○1 Se ignora ○9

10. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): 10.1 Tipo de vialidad; 10.2 Nombre de la vialidad: Francisco Fierro; 10.3 Núm. Exterior: 260; 10.4 Núm. Interior; 10.5 Tipo de asentamiento humano; 10.6 Nombre del asentamiento humano; 10.7 Código Postal: 78434; 10.8 Localidad; 10.9 Municipio o Alcaldía: Soledad de Graciano Sánchez; 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria ○3 Secundaria ●5 Bachillerato o preparatoria ○7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○1 Incompleta ○2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: Ama de casa; Se ignora ○99

12.1 Trabajaba: Sí ○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

DE LA DEFUNCIÓN

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

14.1 Nombre de la unidad médica: Hosp. Gral. de Soledad

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: 15.1 Tipo de vialidad; 15.2 Nombre de la vialidad: Prolog. Valentin Amador; 15.3 Núm. Exterior: 1112; 15.4 Núm. Interior; 15.5 Tipo de asentamiento humano; 15.6 Nombre del asentamiento humano; 15.7 Código Postal; 15.8 Localidad; 15.9 Municipio o Alcaldía: Soledad de Graciano Sánchez; 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día 17 Mes 11 Año 2020 Horas 05 Minutos 25

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ●1 No ○2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○1 No ●2

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

PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda Severa — Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 48h

Debido a (o como consecuencia de)

Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b) Neumonía atípica — 8 días

Debido a (o como consecuencia de)

c) Sospecha COVID-19 — 8 días

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 morboso que la produjo: Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión arterial, Obesidad

Uso exclusivo del personal codificador — 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

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

Uso exclusivo del personal codificador — 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? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Escuela u oficina pública ○2 Área deportiva ○3 Calle o carretera (vía pública) ○4 Área comercial o de servicio ○5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

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 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

DEL INF.

23. NOMBRE: Nombre(s): Ma. Teresa; Primer Apellido: Navarro; Segundo Apellido: Luna

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Hija

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 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 5730349

27. NOMBRE: Nombre(s): Carolina; Primer Apellido: Vázquez; Segundo Apellido: García

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vialidad; 29.2 Nombre de la vialidad: Prolog. Valentin Amador; 29.3 Núm. Exterior: 1112; 29.4 Núm. Interior; 29.5 Tipo de asentamiento humano; 29.6 Nombre del asentamiento humano; 29.7 Código Postal; 29.8 Localidad; 29.9 Municipio o Alcaldía: Soledad de Graciano Sánchez; 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí; 29.11 Teléfono: 8260100

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día 17 Mes 11 Año 2020

REG.

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

210831579