



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
210831584

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Facundo Serrano Hernandez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>27/11/1971</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>San Luis Potosi</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP <u>SEHF7111127HSPRRC03</u> Se ignora <input type="radio"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>0</u> horas <u>48</u> minutos Para menores de un día: <u>0</u> días Para menores de un mes: <u>0</u> meses Para menores de un año: <u>0</u> años Para personas de un año o más: <u>0</u> años <u>48</u> meses Años cumplidos	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle Emiliano Zapata</u> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad <u>54 Colonia Emiliano Zapata</u> 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>78405 San Luis Potosi San Luis Potosi</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 <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Jornalero</u> Se ignora <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input 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"/> Hospital General de Soledad 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"/>		14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>1112 Avenida Valentín Amador</u> <u>Colonia Genovevo Rivas Guillén</u> 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>78344 Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosi</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>18/11/2020 07:05</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 PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
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>Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>COVID 19</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Diabetes Mellitus 2</u> <u>Enfermedad Renal Crónica</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		Código CIE <u>Minutos</u> <u>5 días</u> <u>5 días</u> <u>Años</u> <u>Años</u>
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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 <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"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <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 Añote 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 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>Ignacio Serrano Hernandez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermano</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 <u>3272274</u> Número de la cédula profesional
27. NOMBRE <u>Lucia Susana Orduña Torres</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA <u>[Firma]</u>
29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>Avenida Valentín Amador 1112</u> 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Genovevo Rivas Guillén 78344</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal <u>Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosi</u> 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>18/11/2020</u> Día Mes Año
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

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

210831584