



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

5010

210831635

21083135
210831635210831635210831635210831635210831635210831635

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		<u>Daniel Castillo</u>		<u>Daniel Castillo</u>	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 21/07/1958 Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>CACD580721HSPSN02</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Se ignora <input type="radio"/> 9 Especifique _____	
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 _____ Años cumplidos			
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____					
8.2 Semanas de gestación: _____					
8.3 Peso (gramos): _____					
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____		10.1 Tipo de vialidad <u>Colle</u>		10.2 Nombre de la vialidad <u>Benito Juárez</u>	
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior <u>78490</u>		10.5 Tipo de asentamiento humano <u>la laborcilla villa de Améga</u>		10.6 Nombre del asentamiento humano <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 <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Albaníl</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8		14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Soledad</u>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1112 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior <u>Avenida Colonia</u>		15.1 Tipo de vialidad 15.5 Tipo de asentamiento humano		15.2 Nombre de la vialidad <u>Valentín Amador</u>	
15.7 Código Postal <u>78346</u>		15.8 Localidad		15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Genovevo Rivas Guillén</u>	
15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 19/11/2020 06:48 Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 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) <u>Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de)		10 días	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) <u>Neumonía probable SARS CoV2</u> Debido a (o como consecuencia de)		10 días	
c)		c) Debido a (o como consecuencia de)			
d)		d) Debido a (o como consecuencia de)			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Hipertensión Arterial Sistémica Diabetes Mellitus 2		Años	
				Años	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
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		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
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 <u>1112</u>		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 Nombre(s) <u>Juana Imelda Castillo</u>		Primer Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Segundo Apellido <u>Nonaga</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico * <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la <input type="radio"/> 4 Autoridad civil * <input type="radio"/> 5 Otro * <input type="radio"/> 8		*Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>3272074</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Lucia Susana Ordóñez</u>		Primer Apellido		28. FIRMA <u>Karenca</u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO Nombre(s) <u>Avenida Valentín Amador</u>		29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad <u>Colonia Genovevo Rivas Guillén</u>		29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior <u>1112</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Soledad de Graciano Sánchez</u>		29.7 Código Postal <u>78346</u>		29.8 Localidad <u>Colonia</u>	
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año <u>19/11/2020</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Número _____ Libro Número _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad			