

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Juan Camacho González</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>08/02/1942</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 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>CAGJA20208HSPMNN01</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>07</u> Horas <u>18</u> Minutos Para menores de un día: <u>07</u> Días <u>18</u> Meses Para menores de un mes: <u>07</u> Años <u>18</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Prolongación</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>3</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Localidad</u> 10.3 Núm. Exterior <u>78450</u> 10.4 Núm. Interior <u>Ahualelco</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ahualelco</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Comité de b. 13.</u> 10.7 Código Postal <u>78450</u> 10.8 Localidad <u>Ahualelco</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>Soledad Graciana</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>S. L. P.</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input checked="" 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: <u>Completa</u> <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Herrero</u> 12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 13.1 Número de seguridad social o afiliación	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <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 checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General 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 <u>112</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>Prolongación</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Colonia</u> 15.3 Núm. Exterior <u>78436</u> 15.4 Núm. Interior <u>Soledad Graciana</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad Graciana</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Valentin Amador</u> 15.7 Código Postal <u>78436</u> 15.8 Localidad <u>Soledad Graciana</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Soledad Graciana</u> 15.10 Entidad federativa <u>S. L. P.</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>28/11/2020</u> <u>00:50</u> 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 (Anoté 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>Insuficiencia Respiratoria Aguda Severa</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Pneumonía sospechosa COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u></u> 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 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE <u>3 días</u> <u>12 días</u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u></u>	
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"/> 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 estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto 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 (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <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 22.7 Anoté 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 <u>78436</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>Soledad Graciana</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad Graciana</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Valentin Amador</u> 22.7.7 Código Postal <u>78436</u> 22.7.8 Localidad <u>Soledad Graciana</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>Soledad Graciana</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>S. L. P.</u>	
23. NOMBRE <u>Francisca Fabiola González Mendoza</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Sobrina</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 <u>Director Tuma</u> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3207093</u> Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE <u>Enfermera Domínguez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Prolongación</u> 29.1 Tipo de vialidad <u>Valentin Amador</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>112</u> 29.3 Núm. Exterior <u>78436</u> 29.4 Núm. Interior <u>Soledad Graciana</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad Graciana</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Soledad Graciana</u> 29.7 Código Postal <u>S. L. P.</u> 29.8 Localidad <u>Soledad Graciana</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>Soledad Graciana</u> 29.10 Entidad federativa <u>S. L. P.</u> 29.11 Teléfono <u>78436</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>28/11/2020</u> Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	

210831661