



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

210831663

210831663

210831663

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

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

EG. L

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s)		Gomez		Alonso	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP 60A E 530214MSPMLS04		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 2 → 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 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 Calle Colonia		10.2 Nombre de la vialidad Cristobal Colon	
10.3 Núm. Exterior 71841310		10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano Colonia		10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad Sociedad de Graciano Sanchez		10.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí	
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 type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" 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 Ama de casa	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 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		13.2 Nombre de la vialidad Rivas Guillen	
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 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica SIPSSA017313		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1112		15.1 Tipo de vialidad Colonia		15.2 Nombre de la vialidad Valentin Amador	
15.3 Núm. Exterior 71841310		15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano Sociedad de Graciano Sanchez		15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad Colonia		15.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 28 11 2020 20 47		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"/> 99		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) Síndrome Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)		19.1 Nombre del asentamiento humano Hospitales de Sociedad de Graciano Sanchez	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Neumonía Debido a (o como consecuencia de)		19.2 Nombre de la vialidad Rivas Guillen	
{		c) Probable COVID19 Debido a (o como consecuencia de)		19.3 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moroso que la produjo		d) Hipertensión Arterial Sistémica Debido a (o como consecuencia de)		19.4 Nombre de la vialidad Colonia	
Dabetes Mellitus 2				19.5 Nombre del asentamiento humano Colonia	
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 <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		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Area industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina) Calle o carretera <input type="radio"/> 7 (vía pública) 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		22.7.1 Tipo de 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 Nombre(s)		Mendez		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo	
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 Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 9036290 Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE Nombre(s)		De Luna		28. FIRMA JULY O.71	
29. DOMICILIO y TELÉFONO Rivas Guillen		29.1 Tipo de vialidad 71841316		29.2 Nombre de la vialidad Sociedad de Graciano Sanchez	
29.6 Nombre del asentamiento humano Sociedad de Graciano Sanchez		29.7 Código Postal		29.8 Localidad Colonia	
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad Federativa San Luis Potosí		29.11 Teléfono 4449260100	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 28 11 2020	

210831663