



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

210831664

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Joaquina Estrada Cuestas</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>16/08/1951</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>EACJ510816MSPSS909</u> Se ignora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 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 <u>069</u> Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" 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 Vicente Guerrero</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>La Pila</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>La Pila</u> 10.3 Núm. Exterior <u>170</u> 10.4 Núm. Interior <u>La Pila</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>La Pila</u> 10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 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"/> Tercera <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>Ama de casa</u> Se ignora <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> No <input checked="" 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"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>1172</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>Colonia</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 15.3 Núm. Exterior <u>7814316</u> 15.4 Núm. Interior <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 15.7 Código Postal <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 15.8 Localidad <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>28/11/2020</u> Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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>Síndrome Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>COVID 19 Probable</u> 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 morbosos que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>1 día</u> <u>30 días</u> <u>30 días</u> Código CIE	
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? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>1172</u> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>1172</u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>1172</u>	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>1172</u> 22.7.1 Tipo de vialidad <u>Colonia</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>7814316</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 22.7.7 Código Postal <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 22.7.8 Localidad <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
23. NOMBRE <u>José Gerardo Avila Contreras</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Nieto</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"/> <u>Médico de turno</u> *Especifique	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>8036290</u> Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE <u>José Alfonso De Luna Márquez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. FIRMA <u>José Alfonso De Luna Márquez</u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>1172</u> 29.1 Tipo de vialidad <u>Colonia</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 29.3 Núm. Exterior <u>7814316</u> 29.4 Núm. Interior <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 29.7 Código Postal <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 29.8 Localidad <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u>4448260100</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>28/11/2020</u> Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA 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

210831664