



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

21083169

21083169

DEL FALLECIDO

DE LA 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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Joaquina		Primer Apellido	Cuestas				
2. FECHA DE NACIMIENTO	16 08 1951		3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí		
5. CURP	EACJ51081951MSPSSQO9		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="radio"/> 1 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		
8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora Día _____ Minutos _____	Para menores de un día Mes _____ Horas _____	Para menores de un mes Años _____ Días _____	Para menores de un año Meses _____	Para personas de un año o más Años cumplidos _____	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad	Vicente Guerrero		10.2 Nombre de la vialidad	La Pila	
10.3 Núm. Exterior	170	10.4 Núm. Interior	Localidad	10.5 Tipo de asentamiento humano	La Pila	10.6 Nombre del asentamiento humano	San Luis Potosí	
10.7 Código Postal			10.8 Localidad	San Luis Potosí		10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8	Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Ama de casa
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	13.1 Número de seguridad social o afiliación	Se ignora <input type="radio"/> 99		
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	Hospital General de Salud de Graciano Sánchez		14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	28 11 2020	22 02	Día Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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.)	<p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) Síndrome Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) Neumonía Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) COVID 19 Probable Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d)</p> <p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo</p>							
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 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	El parto <input type="radio"/> 2 No estuve 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	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial <input type="radio"/> 6 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con él(a) 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 Anote el domicilio donde ocurrió 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	José Gerardo	Avilés	Centeneras	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	Nieto			
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	Médico de turno * Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	8036790		
27. NOMBRE	José Alfonso	De Luna	Malquer	Número de la cédula profesional				
29. DOMICILIO y TELEFONO	Piñonación	Valentin Amador	1112	28. FIRMA	Julio OTT			
29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la validad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano				
Rivas Guillen	78 43 10	29.7 Código Postal	29.11 Teléfono	29.10 Entidad federativa				
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.8 Localidad	29.9 Municipio o Alcaldía	29.12 Día	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
Saledad de Graciano Sánchez	San Luis Potosí	4448260100	28 11 2020	29.13 Mes				
29.9 Municipio o Alcaldía	29.11 Teléfono	29.12 Año	29.13					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE HUZGARO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO							

21083169

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

G.