



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

210833082  
FOLIO  
210833082

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES 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

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>MARIA JULIANA PEREZ LORENZA</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO 0 3 1 9 6 6 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>SAN LUIS POTOSÍ</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) 2 4		
5. CURP <b>PEIJ660303MSPRL01</b>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 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 un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de Vialidad <b>AVENIDA</b> 10.2 Nombre de la Vialidad <b>PASEO DEL CEDRO ROJO</b> 10.3 Núm. Exterior <b>175</b> 10.4 Núm. Interior <b>7</b> 10.5 Tipo de asentamiento humano <b>FRACCIONAMIENTO</b> 10.6 Nombre del asentamiento humano <b>LOMA BONITA</b> 10.7 Código Postal <b>79000</b> 10.8 Localidad <b>TAMAZUNCHALE</b> 10.9 Municipio o Alcaldía <b>TAMAZUNCHALE</b> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <b>SAN LUIS POTOSÍ</b>				
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 <b>NO REMUNERADO - AMA DE CASA</b> Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 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				
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 checked="" 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 <b>Tamazunchale</b> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <b>SP1500142</b> 14.3 Tipo de Vialidad <b>BOULEVARD</b> 14.4 Nombre de la Vialidad <b>Boulevard Issste</b> 14.5 Núm. Exterior <b>SN</b> 14.6 Núm. Interior <b>7</b> 14.7 Tipo de asentamiento humano <b>PUEBLO</b> 14.8 Nombre del asentamiento humano <b>Tamazunchale</b> 14.9 Código Postal <b>79000</b> 14.10 Localidad <b>TAMAZUNCHALE</b> 14.11 Municipio o Alcaldía <b>TAMAZUNCHALE</b> 14.12 Entidad federativa <b>SAN LUIS POTOSÍ</b>				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de Vialidad <b>BOULEVARD</b> 15.2 Nombre de la Vialidad <b>Boulevard Issste</b> 15.3 Núm. Exterior <b>SN</b> 15.4 Núm. Interior <b>7</b> 15.5 Tipo de asentamiento humano <b>PUEBLO</b> 15.6 Nombre del asentamiento humano <b>Tamazunchale</b> 15.7 Código Postal <b>79000</b> 15.8 Localidad <b>TAMAZUNCHALE</b> 15.9 Municipio o Alcaldía <b>TAMAZUNCHALE</b> 15.10 Entidad federativa <b>SAN LUIS POTOSÍ</b>				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 1 8 0 1 2 0 2 1 2 1 5 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 PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>INSUFICIENCIA RESPIRATORIA</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>NEUMONIA</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b>COVID-19</b> Debido a (o como consecuencia de) d) <b>DIABETES MELLITUS TIPO 2</b> e) <b>HIPERTENSION ARTERIAL SISTÉMICA</b> 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 3 DIAS 3 DIAS 9 DIAS 6 MESES 5 AÑOS 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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input checked="" 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	
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 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 22.4 Añote 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 Añote 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 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 <b>YURIDIA RIVERA PEREZ</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>HIJO(A)</b> 0 12	
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 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <b>10980393</b>			27. NOMBRE <b>LUIS HERNANDEZ HERNANDEZ</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO <b>AVENIDA SALVADOR NAVA</b> 28.1 Tipo de vialidad 28.2 Nombre de la vialidad <b>ZACATIPAN</b> 28.3 Núm. Exterior <b>79660</b> 28.4 Núm. Interior <b>79660</b> 28.5 Tipo de asentamiento humano <b>TAMAZUNCHALE</b> 28.6 Nombre del asentamiento humano <b>TAMAZUNCHALE</b> 28.7 Código Postal <b>79660</b> 28.8 Localidad <b>TAMAZUNCHALE</b> 28.9 Municipio o Alcaldía <b>SAN LUIS POTOSÍ</b> 28.10 Entidad federativa <b>SAN LUIS POTOSÍ</b> 28.11 Teléfono <b>4613161191</b>			29. FIRMA 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 1 8 0 1 2 0 2 1 Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm. 31.1 Acta Núm.			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD