



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCION
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
210833121

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) ALEJANDRA PASARON JUAREZ					
2. FECHA DE NACIMIENTO 12/02/1994	3. SEXO Se ignora	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO VERACRUZ			
5. CURP P A J A 4 3 0 2 1 2 M V 1 2 S R L 0 1 7		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? No	7. NACIONALIDAD Mexicana		
8. EDAD CUMPLIDA 27 años		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a)			
10. RESIDENCIA HABITUAL CALLE AMAJAC 23 COLONIA TAPAZUNCHALE TAPAZUNCHALE SAN LUIS POTOSI					
11. ESCOLARIDAD Primaria				12. OCUPACION HABITUAL AL HOGAR	
13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD IMSS				13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION HOSPITAL COMUNITARIO TAPAZUNCHALE				14.1 Nombre de la unidad médica	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION CARRETERA TAPAZUNCHALE SAN MARTIN KM 6.5				15.1 Tipo de vialidad	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION 29/01/2021 13:15				17. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? No	18. ¿SE PRACTICO NECROPSIA? No
19. CAUSAS DE LA DEFUNCION INSUFICIENCIA CARDIACA				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 hrs	
20. CAUSA BASICA DE DEFUNCION INSUFICIENCIA CARDIACA				Código CIE I50.9	
21. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS No				22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE Accidente	
23. NOMBRE ANTONIO ROMERO PASARON				24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) CONYUGE	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante				26. SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO 11471459	
27. NOMBRE CARLOS MIGUEL PRIEGO DEL ANGEL				28. FIRMA [Firma]	
29. DOMICILIO Y TELEFONO CARRETERA TAPAZUNCHALE SAN MARTIN KM 6.5				30. FECHA DE CERTIFICACION 29/01/2021	
31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. 1 Libro Núm. 1				32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: TAPAZUNCHALE 32.2 Municipio o Alcaldia: SAN LUIS POTOSI 32.3 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI 32.4 Día: 29 Mes: 01 Año: 2021	

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

*SI LA DEFUNCION NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MEDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARIA DE SALUD EN UN PERIODO MAXIMO DE 10 DIAS HABILES POSTERIORES A SU EMISION
LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES



210833121