

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

210833181

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Delfino Bueno Hernández (Nombres) (Primer Apellido) (Segundo Apellido)		2. FECHA DE NACIMIENTO 23 02 1960 Día Mes Año		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP RUHDGO0223HSPNR L00 Se ignora ☐				6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Sí ☐ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐ Se ignora ☐	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: Meses Días Para menores de un día: Horas Minutos Para menores de un mes: Días Para menores de un año o más: 060 Años cumplidos Se ignora ☐				9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle: S/N Localidad: Tamaulachale Tipo de vivienda: Principal Tacial 10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda 10.3 Num. Exterior 10.4 Num. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano: S.L.P. 10.6 Municipio o Alcaldía 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)							
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☒							
12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ OTRA ☐ IMSS ☐ IMSS PROSPERA ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐							
13. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ FEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐							
14. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION Calle: S/N Localidad: Tamaulachale Tipo de vivienda: Principal Tacial 14.1 Tipo de vivienda 14.2 Nombre de la vivienda 14.3 Num. Exterior 14.4 Num. Interior 14.5 Tipo de asentamiento humano: S.L.P. 14.6 Municipio o Alcaldía 14.7 Código Postal 14.8 Localidad 14.9 Entidad federativa							
15. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION 02 02 2021 1600 Día Mes Año Horas Minutos							
16. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anote una sola causa en cada renglón. Si se señalan modos de morir -ejemplo: paro (breve), asfixia, etc.) PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. a) Dificultad Respiratoria secundaria a Probable Neumonia típica por pte Covid-19. b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d)							
17. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐							
18. ¿SE PRACTICO NECROPSIA? Sí ☐ No ☒							
19. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 19.1 Especifica si la muerte ocurrió durante: Embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 19.2 Si la muerte fue accidental o violenta, especifique: 22.1 Fue un presunto: Acidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐ 22.4 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias, motivo 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 vivienda 22.7.2 Nombre de la vivienda 22.7.3 Num. Exterior 22.7.4 Num. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Municipio o Alcaldía 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Entidad federativa							
20. CAUSA BASICA DE DEFUNCION Código CIE: 2 Días							
21. NOMBRE Delfino Bueno Hernández (Nombres) (Primer Apellido) (Segundo Apellido)							
22. CERTIFICADA POR Médico tratante ☒ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐							
23. NOMBRE Branda Paola López Zavala (Nombres) (Primer Apellido) (Segundo Apellido)							
24. DOMICILIO Y TELEFONO Calle: Del Carmen Localidad: Tamaulachale Tipo de vivienda: Principal Tacial 24.1 Tipo de vivienda 24.2 Nombre de la vivienda 24.3 Num. Exterior 24.4 Num. Interior 24.5 Tipo de asentamiento humano: S.L.P. 24.6 Municipio o Alcaldía 24.7 Código Postal 24.8 Localidad 24.9 Entidad federativa							
25. FECHA DE CERTIFICACION 04 02 2021 Día Mes Año							
26. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 26.1 Localidad 26.2 Fecha federativa 26.3 Día 26.4 Mes 26.5 Año							

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

210833181