41-74-55-0374

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 210835626

LOS DATOS PERSONALES ESTAN 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

DE SALUD EN UN PERIODO MAXIMO DE 10 DIAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICION, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARIA

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Efrain (Nombre(s)) Hernandez (Primer Apellido) Cedillo (Segundo Apellido)
2. FECHA DE NACIMIENTO: 02/05/1955 (Día Mes Año)
3. SEXO: Hombre X Mujer Se ignora
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: San Luis Potosí (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))
5. CURP: HEC E550502HSPRDL04 — Se ignora
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí No Se ignora
7. NACIONALIDAD: Mexicana Otra X → Especifique — Se ignora
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: 065 (Años cumplidos) — Se ignora
   Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento — 8.2 Semanas de gestación — 8.3 Peso (gramos)
9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) Viudo(a) Casado(a) X En unión libre Divorciado(a) Soltero(a) Se ignora
10. RESIDENCIA HABITUAL — Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
    10.1 Tipo de vialidad: Calle — 10.2 Nombre de la vialidad: Ch. Vieja
    10.3 Núm. Exterior: 30 — 10.4 Núm. Interior — 10.5 Tipo de asentamiento humano: Vecindad — 10.6 Nombre del asentamiento humano: Morelos de la Merced
    10.7 Código Postal: 78216 — 10.8 Localidad: Ciudad Valles — 10.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles — 10.10 Entidad federativa o país (si nació en el extranjero): San Luis Potosí
11. ESCOLARIDAD: Ninguna Preescolar Primaria X Secundaria Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora — 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa X Incompleta
12. OCUPACIÓN HABITUAL: Ventanero — 12.1 Trabajaba: Sí No Se ignora
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra — IMSS X PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA Se ignora — 13.1 Número de seguridad social o afiliación: 41-74-55-0374-SM1955PE

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud IMSS X PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA ISSSTE SEDENA Otra unidad pública Unidad médica privada — 14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital general zona #6 — 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) — Vía pública Otro lugar Hogar Se ignora
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN — 15.1 Tipo de vialidad: Boulevard — 15.2 Nombre de la vialidad: Heroes Mexicanos
    15.3 Núm. Exterior: 910 — 15.4 Núm. Interior — 15.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento — 15.6 Nombre del asentamiento humano: Nva. Tampico
    15.7 Código Postal: 78100 — 15.8 Localidad: Ciudad Valles — 15.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles — 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 17/04/2021 — Día Mes Año — Horas Minutos: 21:16
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí X No Se ignora
18. ¿SE PRACTICO NECROPSIA? Sí No X
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente — a)	Insuficiencia respiratoria aguda	5 horas	J96.0
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica — b) Debido a (o como consecuencia de)	COVID-19	10 días	U07.1
c) 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 morboso que la produjo	Diabetes Mellitus	años	E14.9

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
    21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo — El parto — El puerperio — 42 días a 11 meses después del parto o aborto — No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte
    21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí No
    21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí No
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: U071

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
    22.1 Fue un presunto: Accidente Homicidio Suicidio Se ignora
    22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí No Se ignora
    22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular — Área deportiva — Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) — Calle o carretera (vía pública) — Escuela u oficina pública — Área comercial o de servicios — Área industrial (taller, fábrica o obra) — Granja (rancho o parcela) — Otro — Se ignora
    22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
    22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número
    22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias 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 — 22.7.2 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

DEL INF.

23. NOMBRE: Pedro (Nombre(s)) Hernandez (Primer Apellido) Cedillo (Segundo Apellido)
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): hijo

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante — Médico legista — Otro médico X — Persona autorizada por la Secretaría de Salud — Autoridad civil* — Otro* — *Especifique
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional
27. NOMBRE: Nombre(s) — Primer Apellido — Segundo Apellido
28. FIRMA
29. DOMICILIO y TELÉFONO — 29.1 Tipo de vialidad: Boulevard — 29.2 Nombre de la vialidad: Heroes Mexicanos — 29.3 Núm. Exterior: 910 — 29.4 Núm. Interior — 29.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento
    29.6 Nombre del asentamiento humano: Nva. Tampico — 29.7 Código Postal: 78100 — 29.8 Localidad: Ciudad Valles
    29.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles — 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí — 29.11 Teléfono
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 17/04/2021 — Día Mes Año

DEL REG. CIVIL

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

210835626

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

Impreso por Internet