



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO
210835702

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN
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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Juan Antonio Hernandez Lopez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>10/10/1954</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP <u>HJCLJ54101H019MSPRIPN5410</u> Se ignora ☐	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ 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 <u>66</u> Se ignora ☐	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Vuido(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda <u>Propia</u> 10.2 Nombre de la vivienda 10.3 Núm. Exterior <u>216</u> 10.4 Núm. Interior <u>12101010</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad de México</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal <u>06700</u> 10.8 Localidad <u>Ciudad de México</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>Centro</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>412254020041054105</u>
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital ☒ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐		14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de San Luis Potosí</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>14020000000000000000</u>
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>Propia</u> 15.2 Nombre de la vivienda 15.3 Núm. Exterior <u>910</u> 15.4 Núm. Interior <u>12101010</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad de México</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal <u>06700</u> 15.8 Localidad <u>Ciudad de México</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Centro</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>10/10/2020</u> <u>10:20</u> Día Mes Año Horas Minutos
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☐
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Hipertensión esencial (primaria)</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Diabetes mellitus no insulinodependiente</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>24 horas</u> <u>24 horas</u> <u>6 años</u> <u>25 años</u> Código CIE <u>J962</u> <u>U071</u> <u>I10Y</u> <u>E118</u>
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>J962</u>		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 ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐
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 (taller, fábrica u obra) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) 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 vivienda 22.7.2 Nombre de la vivienda 22.7.3 Núm. Exterior <u>216</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>12101010</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad de México</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.7 Código Postal <u>06700</u> 22.7.8 Localidad <u>Ciudad de México</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>Centro</u> 22.7.10 Entidad federativa		
23. NOMBRE <u>Elizabeth Salazar</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(A) <u>Su hijo</u>
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>70000000000000000000</u>		27. NOMBRE <u>Alexandra Elizabeth Salazar</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido
28. FIRMA <u>[Firma]</u>		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>Propia</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>Propia</u> 29.3 Núm. Exterior <u>910</u> 29.4 Núm. Interior <u>12101010</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad de México</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal <u>06700</u> 29.8 Localidad <u>Ciudad de México</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>Centro</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>10/10/2020</u> Día Mes Año		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>12101010</u> Libro Núm. <u>12101010</u>
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Ciudad de México</u> 32.2 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 32.3 Día <u>10</u> 32.4 Mes <u>10</u> 32.5 Año <u>2020</u>		