



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

FOLIO
210835716

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES



210835716

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Lina</u> Primer Apellido <u>Malpuech</u> Segundo Apellido <u>Castro</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>19/05/1960</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2 Se ignora ☐ 3
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (se rige en el extranjero)	
5. CURP <u>MAE11610051960PL481010</u> Se ignora ☐ 99	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 3	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 → Especificar: <u>Se ignora</u> ☐ 99	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>60</u> Para menores de un día: Horas <u>0</u> Para menores de un mes: Días <u>0</u> Para menores de un año: Meses <u>0</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>60</u> Se ignora ☐ 99	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ 6 Viudo(a) ☐ 2 Casado(a) ☐ 5 En unión libre ☒ 4 Divorciado(a) ☐ 3 Soltero(a) ☐ 1 Se ignora ☐ 99	
10. RESIDENCIA HABITUAL Antes el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 10.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Francisco</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>13910219</u> 10.4 Núm. Interior: <u>0219</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 10.6 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 10.7 Código Postal: <u>77100</u> 10.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u> 10.10 Entidad federativa o país (se rige en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Preescolar ☐ 12 Primaria ☐ 3 Secundaria ☒ 5 Bachillerato o preparatoria ☐ 7 Profesional ☐ 8 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>Completa</u> ☒ 1 Incompleta ☐ 2	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 3 12.2 Ocupación: <u>Trabajador de campo</u> Se ignora ☐ 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☐ 7 Otra ☐ 8 IMSS ☒ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS PROSPERA ☐ 10 Se ignora ☐ 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>1167-76</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☒ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 IMSS PROSPERA ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8 Unidad médica privada ☐ 9 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Unidad médica privada</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>1167-76</u> Via pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Francisco</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>13910219</u> 15.4 Núm. Interior: <u>0219</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 15.6 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 15.7 Código Postal: <u>77100</u> 15.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>25/01/2021</u> <u>10:31</u> Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 3	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, 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): <u>COVID-19</u> b) <u>Hipertensión arterial</u> Debido a (o como consecuencia de): <u>COVID-19</u> c) <u>Enfermedad de transmisión sexual - SARS-CoV-2</u> Debido a (o como consecuencia de): <u>COVID-19</u> d) <u>Diabetes mellitus</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte <u>Hipertensión arterial</u> <u>Diabetes mellitus</u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u>J960</u> <u>J181</u> <u>U032</u> <u>L10X</u> <u>E112</u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 4.1 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☒ 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☒ 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 99 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 99 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 1 Área deportiva ☐ 3 Vivienda particular ☐ 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicio ☐ 5 Se ignora ☐ 99 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: <u>Calle</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u>Francisco</u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u>13910219</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>0219</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 22.7.6 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 22.7.7 Código Postal: <u>77100</u> 22.7.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u> 22.7.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Roberto</u> Primer Apellido <u>Malpuech</u> Segundo Apellido <u>Castro</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Padre</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☐ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 6 25.1 Nombre: <u>Roberto</u> Primer Apellido <u>Malpuech</u> Segundo Apellido <u>Castro</u> 25.2 Firma: <u>Roberto Malpuech Castro</u>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <u>2196664</u>	
27. DOMICILIO Y TELÉFONO 27.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 27.2 Nombre de la vivienda: <u>Francisco</u> 27.3 Núm. Exterior: <u>13910219</u> 27.4 Núm. Interior: <u>0219</u> 27.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 27.6 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 27.7 Código Postal: <u>77100</u> 27.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 27.9 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u> 27.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
28. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>25/01/2021</u> Día Mes Año	
29. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 29.1 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 29.2 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u> 29.3 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.4 Día: <u>25</u> Mes: <u>01</u> Año: <u>2021</u>	
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 30.1 Acta Núm.: <u>13910219</u> 30.2 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u> 30.3 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 30.4 Día: <u>25</u> Mes: <u>01</u> Año: <u>2021</u>	

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