

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>JE. Rosendo Almendariz Dimas</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
	2. FECHA DE NACIMIENTO <u>01/03/1952</u> Día Mes Año	3. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
	5. CURP <u>AEDJ520301HSP1Mx01</u> Se ignora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
DE LA DEFUNCIÓN	7. NACIONALIDAD <u>Mexicana</u> Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique	8. EDAD CUMPLIDA <u>068</u> 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 Se ignora <input type="radio"/>
	9. ESTADO CONYUGAL <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle Dr. Mier</u> <u>4954</u> <u>Colonia Hidalgo</u> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior <u>18160</u> 10.4 Núm. Interior <u>Nuevo Laredo</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Nuevo Laredo</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Tampaulipas</u> 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
	11. ESCOLARIDAD <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: <input checked="" type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Comerciante</u> 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
DE LAS CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital <u>General Soledad</u> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.3 Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>112</u> <u>Colonia Valentín Acuña</u> 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior <u>78436</u> 15.4 Núm. Interior <u>Soledad Bracero S</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad Bracero S</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>S. L. P.</u> 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa	
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>16/01/2021</u> <u>0039</u> Día Mes Año Horas Minutos 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	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>Neumonia por COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Diabetes Mellitus Tipo 2.</u> <u>Hipertensión Arterial Sistólica.</u>	
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>10 días</u> Código CIE <u>años</u> Código CIE <u>años</u>	
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto <input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <input type="radio"/> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <input type="radio"/> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <input type="radio"/>	
DEL CERTIFICANTE	23. NOMBRE <u>Esveidi Yarezal Mojarró Ortega</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>	
	25. CERTIFICADA POR <input type="radio"/> Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> <u>Directorio Tuno</u> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique <u>3207093</u> Número de la cédula profesional	
	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3207093</u> 27. NOMBRE <u>Enka Domínguez Yereira</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
DEL REG. CIVIL	29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Calle Valentín Acuña</u> <u>112</u> 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior <u>78436</u> 29.4 Núm. Interior <u>Soledad Bracero S</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad Bracero S</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>S. L. P.</u> 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono	
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>16/01/2021</u> Día Mes Año	
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <input type="radio"/> Libro Núm. <input type="radio"/> 31.1 Acta Núm. <input type="radio"/>	
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <input type="radio"/> 32.2 Municipio o Alcaldía <input type="radio"/> 32.3 Entidad federativa <input type="radio"/> 32.4 Día Mes Año <input type="radio"/>	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

210837178