



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
210837582

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) <i>José Santos García Carrillo</i>	2. FECHA DE NACIMIENTO <i>09/04/1968</i>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <i>San Luis Potosí</i>
	5. CURP <i>GAJS680409MS PARRU06</i>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: _____ Para menores de un día: _____ Para menores de un mes: _____ Para menores de un año: _____ Para personas de un año o más: <i>052</i> Años cumplidos
	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(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) <i>Calle Independencia No. 73 Colonia Potosí Rionero de San Luis Potosí</i>	10.1 Tipo de vivienda <i>73</i>	10.2 Nombre de la vivienda <i>Potosí Rionero de</i>
	10.3 Núm. Exterior <i>73039</i>	10.4 Núm. Interior <i>73039</i>	10.5 Tipo de asentamiento humano <i>San Luis Potosí</i>	10.6 Nombre del asentamiento humano <i>San Luis Potosí</i>
	10.7 Código Postal <i>77000</i>	10.8 Localidad <i>San Luis Potosí</i>	10.9 Municipio o Alcaldía <i>San Luis Potosí</i>	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL <i>panadero</i>	12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	12.2 Ocupación <i>panadero</i>
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <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 <i>1112</i>	13.2 Tipo de afiliación Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	13.3 Lugar de afiliación <i>Valentín Amador Rimas Quiñen</i>
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	14.1 Nombre de la unidad médica <i>Hospital General de Salubridad</i>	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	14.3 Clave de identificación
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <i>1112</i>	15.1 Tipo de vivienda <i>1112</i>	15.2 Nombre de la vivienda <i>Valentín Amador Rimas Quiñen</i>	15.3 Núm. Exterior <i>73039</i>
	15.4 Núm. Interior <i>73039</i>	15.5 Tipo de asentamiento humano <i>San Luis Potosí</i>	15.6 Nombre del asentamiento humano <i>San Luis Potosí</i>	15.7 Código Postal <i>77000</i>
15.8 Localidad <i>San Luis Potosí</i>	15.9 Municipio o Alcaldía <i>San Luis Potosí</i>	15.10 Entidad federativa <i>San Luis Potosí</i>	15.11 Entidad federativa	
DE LA DEFUNCIÓN	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <i>19/01/2021 15:38</i>	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <i>ENFERMEDAD SEPTICA</i> Debido a (o como consecuencia de) b) <i>Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda</i> Debido a (o como consecuencia de) c) <i>Neumonía SARS-COV-2</i> 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 <i>Diabetes Mellitus</i> <i>Hipertensión Arterial Sistémica</i>	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <i>5 días</i> <i>14 días</i> <i>38 días</i> <i>10 años</i> <i>3 años</i>	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <i>5</i> <i>14</i> <i>38</i> <i>10</i> <i>3</i>	
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <i>5</i>	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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto 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? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" 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"/> Se ignora <input type="radio"/>	22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a) <i>Hermano</i>
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <i>1112</i>	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <i>1112</i>	22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <i>1112</i>	22.7.1 Tipo de vivienda <i>1112</i>
	22.7.2 Nombre de la vivienda <i>Valentín Amador Rimas Quiñen</i>	22.7.3 Núm. Exterior <i>73039</i>	22.7.4 Núm. Interior <i>73039</i>	22.7.5 Tipo de asentamiento humano <i>San Luis Potosí</i>
	22.7.6 Nombre del asentamiento humano <i>San Luis Potosí</i>	22.7.7 Código Postal <i>77000</i>	22.7.8 Localidad <i>San Luis Potosí</i>	22.7.9 Municipio o Alcaldía <i>San Luis Potosí</i>
	22.7.10 Entidad federativa <i>San Luis Potosí</i>	23. NOMBRE <i>Ernesto García Carrillo</i>	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <i>Hermano</i>	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique _____
	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <i>386229</i>	27. NOMBRE <i>Esteban López Espinosa</i>	28. FIRMA <i>Esteban López Espinosa</i>	29. DOMICILIO Y TELÉFONO <i>1112</i>
	29.1 Tipo de vivienda <i>1112</i>	29.2 Nombre de la vivienda <i>Valentín Amador Rimas Quiñen</i>	29.3 Núm. Exterior <i>73039</i>	29.4 Núm. Interior <i>73039</i>
29.5 Tipo de asentamiento humano <i>San Luis Potosí</i>	29.6 Nombre del asentamiento humano <i>San Luis Potosí</i>	29.7 Código Postal <i>77000</i>	29.8 Localidad <i>San Luis Potosí</i>	
29.9 Municipio o Alcaldía <i>San Luis Potosí</i>	29.10 Entidad federativa <i>San Luis Potosí</i>	29.11 Teléfono <i>1112</i>	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <i>19/01/2021</i>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <i>San Luis Potosí</i>	32.2 Municipio o Alcaldía <i>San Luis Potosí</i>	32.3 Entidad federativa <i>San Luis Potosí</i>	
32.4 Día <i>19</i>	32.5 Mes <i>01</i>	32.6 Año <i>2021</i>	32.7 Año <i>2021</i>	

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