

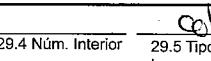


**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Model 2013-1

FOLIO

210837586

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Maximino	Reymar	Pantoya.	
		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		01/09/1965	3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Son Luis Potosí	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP		12APM650901HSPNNX04	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD	
		Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → 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		
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	Calle	10.1 Tipo de vialidad	
			Viajante	10.2 Nombre de la vialidad	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano	
7181117		son luis potosi	son luis potosi	son luis potosi	
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		Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	
			Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	Comerciente <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	Hospital General de Sledad.	Vía publica <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
			14.1 Nombre de la unidad médica		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Avenida	Pradogarcia valentín amador	15.2 Nombre de la vialidad	
		1112	Rivas Gullen.	15.6 Nombre del asentamiento humano	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.10 Entidad federativa	
7183946		Salcedo de Gómez Sanchez	Salcedo de Gómez Sanchez	Son Luis Potosí	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		11/01/2021 12:21:12	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día Mes Año		Horas Minutos	Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Insuficiencia respiratoria aguda. Debido a (o como consecuencia de)	20 minutos		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Neumonia Debido a (o como consecuencia de)	3 días		
		c) Infección respiratoria aguda con sospecha COVID-19 Debido a (o como consecuencia de)	3 días		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		d) Enfermedad renal aguda. Diabetes Mellitus tipo 2	0 años		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Usa exclusivo del personal codificador	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra) Calle o carretera <input type="radio"/> 3 (vía pública) Área deportiva <input type="radio"/> 3 (rancho o parcela) Otro <input type="radio"/> 8	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con él(a) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		
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	Se ignora <input type="radio"/> 9		
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	
22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía	22.7.10 Entidad federativa		
23. NOMBRE		Manca Magdalena	Reyes	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	Espouse	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	1118825 Número de la cédula profesional		
Persona autorizada por la Secretaría de Salud* <input type="radio"/> 4		*Especifique			
27. NOMBRE		Mendoza	Ron	28. FIRMA	
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido		
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Avenida	Ordóñez valentín amador	1112	
29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	
Rivas Gullen		7183946	Salcedo de Gómez Sanchez	cobriza	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.5 Tipo de asentamiento humano	
Salcedo de Gómez Sanchez					
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
				20/01/2021	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			
Núm. _____, Libro Núm. _____		32.1 Localidad			
31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	
				Mes	
				Año	

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a 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 PARTICULARSES

1

210837586

卷之三