



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

FOLIO
210839466

ESTÁN PROHIBIDOS 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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF

DEL CERTIFICANTE

1 NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Ma. Abraham Aguilan Cruz</u>		
2 FECHA DEL NACIMIENTO <u>18/12/1941</u>	3 SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐	4 ENTREGA DE NACIMIENTO <u>Queretero</u>
5 CURP <u>AUCL411218MATGBO6</u>		6 HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐
7 NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐		8 EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>8:0</u> minutos Para menores de un día: <u>8:0</u> horas Para menores de un mes: <u>8:0</u> días Para menores de un año: <u>8:0</u> meses Para menores de un año o más: <u>8:0</u> años cumplidos
9 ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☒ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		
10 RESIDENCIA HABITUAL 10.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Ignacio Allende</u> 10.3 Num. Exterior: <u>12</u> 10.4 Num. Interior: <u>Localidad</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 10.6 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u> 10.7 Estado: <u>San Luis Potosí</u>		
11 ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Bachillerato ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☒		12 OCUPACIÓN HABITUAL <u>Amo. de casa</u> 12.1 Trabajador ☐ No ☒ Se ignora ☐
13 AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Otra ☐ Se ignora ☐		14 SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Tipo de sitio: <u>Hospital General Zona 6</u> 14.2 Clave única de establecimiento de salud (CLUES): <u>419242000195F1941PE</u>
15 DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Boulevard</u> 15.2 Num. Exterior: <u>914</u> 15.3 Num. Interior: <u>Fraccionamiento</u> 15.4 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 15.5 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u> 15.6 Estado: <u>San Luis Potosí</u>		
16 FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>24/02/2021 02:20</u>		17 ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐
18 ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒		19 CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una o más causas en cada renglón. Evite señalar causas de riesgo, ejemplo: quemaduras, golpes, etc.) PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que provocó la muerte directamente. a) <u>Coagulación Intravascular Diseminada</u> b) <u>0 tras Formas choque</u> c) <u>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> d) <u>COVID 19</u> PARTE II: Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no necesariamente con la enfermedad o estado patológico que provocó la muerte. <u>Hipertensión Esencial</u> <u>Bronquitis Crónica Simple</u>
20 CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Codigo CIE: <u>065X</u> <u>72</u> <u>14</u> <u>210</u> <u>10</u> <u>20</u>		21 SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 59 AÑOS 21.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: Embarazo ☐ Parto ☐ Puerperio ☐ No ☒ Se ignora ☐
22 SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un accidente: Accidental ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐		22.2 Si la muerte fue accidental o violenta, especifique: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o caminata (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área de trabajo ☐ Se ignora ☐
22.3 Si la muerte fue accidental o violenta, especifique: 22.3.1 Tipo de violencia: Violencia familiar ☐ Violencia sexual ☐ Violencia económica ☐ Violencia por odio racial ☐ Violencia por odio religioso ☐ Violencia por odio sexual ☐ Violencia por odio político ☐ Violencia por odio social ☐ Violencia por odio cultural ☐ Violencia por odio lingüístico ☐ Violencia por odio étnico ☐ Violencia por odio religioso ☐ Violencia por odio político ☐ Violencia por odio social ☐ Violencia por odio cultural ☐ Violencia por odio lingüístico ☐ Violencia por odio étnico ☐ Se ignora ☐		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): <u>Hijo</u>
22.5 La defunción fue registrada en el Registro Público con el acta número: <u>19 de Enero</u>		22.6 Si la defunción fue registrada en el Registro Público con el acta número: <u>19 de Enero</u>
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la muerte: 22.7.1 Tipo de vivienda: <u>914</u>		22.7.2 Nombre de la vivienda: <u>Fraccionamiento</u>
22.7.3 Num. Exterior: <u>19 de Enero</u>		22.7.4 Num. Interior: <u>Fraccionamiento</u>
22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u>		22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u>
22.7.7 Código Postal: <u>791010</u>		22.7.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u>
22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u>		22.7.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>
22.7.11 Teléfono: <u>2410212021</u>		22.7.12 Fecha de certificación: <u>24/02/2021</u>
23 NOMBRE DEL CERTIFICANTE <u>Alfonso Martinez</u>		24 PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>
25 CERTIFICADA POR: Médico tratante ☒ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		26 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: <u>219664</u>
27 DOMICILIO Y TELÉFONO: 27.1 Tipo de vivienda: <u>914</u>		27.2 Nombre de la vivienda: <u>Fraccionamiento</u>
27.3 Num. Exterior: <u>19 de Enero</u>		27.4 Num. Interior: <u>Fraccionamiento</u>
27.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u>		27.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u>
27.7 Código Postal: <u>791010</u>		27.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u>
27.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u>		27.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>
27.11 Teléfono: <u>2410212021</u>		27.12 Fecha de certificación: <u>24/02/2021</u>
28 LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA:		29 LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: