



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

FOLIO
210839474
Modelo 2017.1

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Santiago</u> <u>Fernando</u> <u>Hernández</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>15/10/91</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP <u>HEHSIS171091UISHSIPRIRIM04</u> Se ignora ☐	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐ Otra ☐ Especifique
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u> </u> Minutos Para menores de un día: <u> </u> Horas Para menores de un mes: <u> </u> Días Para menores de un año: <u> </u> Meses Para personas de un año o más: <u>063</u> Años cumplidos	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ Separado(a) ☐ Vuelto(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): <u>Rancho</u> 10.1 Tipo de vivienda: <u>Rancho</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Pozo Blanco</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>179121316</u> 10.4 Núm. Interior: <u> </u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 10.7 Código Postal: <u>791213</u> 10.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Tercera ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>Completa</u> Incompleta ☐	12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Cuartero (hombre)</u> Se ignora ☐ 12.1 Trabajaba: Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ PEXME ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>4282572825M1937PE</u>	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEXME ☐ SEMAR ☐ Hospital general de zona <u>#6</u> 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital general de zona #6</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u> </u> 14.3 Tipo de atención médica durante la enfermedad o lesión antes de la muerte: <u> </u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Urbanización</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>19 de Enero</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>179121316</u> 15.4 Núm. Interior: <u> </u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 15.7 Código Postal: <u>791213</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>12/8/10</u> <u>21:02</u> <u>11</u> <u>17:41</u> Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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>Insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de): <u> </u> b) <u>Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica</u> Debido a (o como consecuencia de): <u> </u> c) <u>Neumonía viral</u> Debido a (o como consecuencia de): <u> </u> d) <u>COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de): <u> </u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo: <u>Hipertensión esencial primaria</u> <u>Diabetes mellitus insulino dependiente</u>		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u> </u>		21. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí ☐ No ☒
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: <u> </u> Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Área comercial o de servicio ☐ 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): <u> </u>		23. NOMBRE <u>Alfonso</u> <u>José</u> <u>Hernández</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u> </u>		25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ *Especifique: <u> </u>
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3223981</u> Número de la cédula profesional		27. NOMBRE <u>Alfonso</u> <u>Castro</u> <u>Ramón</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido
28. FIRMA <u> </u>		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Rancho</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>19 de Enero</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>179121316</u> 29.4 Núm. Interior: <u> </u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 29.7 Código Postal: <u>791213</u> 29.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>12/8/10</u> <u>21:02</u> <u>11</u> Día Mes Año		