

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

210841148

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) Nombre(s) <u>Jaime</u>Primer Apellido <u>Hernandez</u>Segundo Apellido <u>Hernandez</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>11</u> Mes <u>04</u> Año <u>1960</u>3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	
	5. CURP <u>HENJ600411HSPRRM09</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: _____ Horas: _____ Para menores de un día: Horas: _____ Días: _____ Para menores de un mes: Meses: _____ Años cumplidos: <u>60</u>		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐	
	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): <u>Camino</u> 10.1 Tipo de vialidad: <u>Barrio</u> 10.2 Nombre de la vialidad: <u>Al Pánon</u> 10.3 Núm. Exterior: _____ 10.4 Núm. Interior: _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Rancho Nuevo</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal: <u>66000</u> 10.8 Localidad: <u>Axtla de Tlaxiaco</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si resida en el extranjero): _____	
	11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ 12. Primaria ☒ 13. Secundaria ☐ 14. Bachillerato o preparatoria ☐ 15. Profesional ☐ 16. Posgrado ☐ 17. Se ignora ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Al Campesino</u> 12.1 Trabajaba: Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ 14. ISSSTE ☐ 15. SEDENA ☐ 16. Seguro Popular ☐ 17. Otra ☐ 18. Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ 15. PEMEX ☐ 16. SEMAR ☐ 17. Hospital Rural Axtla <u>Al Pánon</u> 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>SIPIM0002475</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad: <u>Carretera</u> 15.2 Nombre de la vialidad: <u>Carretera</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>136</u> 15.4 Núm. Interior: _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Colonia</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Santa María II</u> 15.7 Código Postal: <u>79930</u> 15.8 Localidad: <u>Santa María II</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>Axtla de Tlaxiaco</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>01</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u> Horas <u>22</u> Minutos <u>23</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	
	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☐		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) <u>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> b) <u>Neumonía Atípica</u> c) <u>Suspección de SARS-CoV-2</u> d) <u>Diabetes mellitus No insulinodependiente</u> Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica: e) _____ f) _____ g) _____ h) _____ i) _____ j) _____ k) _____ l) _____ m) _____ n) _____ o) _____ p) _____ q) _____ r) _____ s) _____ t) _____ u) _____ v) _____ w) _____ x) _____ y) _____ z) _____ Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: a) <u>3 días</u> b) <u>3 días</u> c) <u>3 días</u> d) <u>3 días</u> e) _____ f) _____ g) _____ h) _____ i) _____ j) _____ k) _____ l) _____ m) _____ n) _____ o) _____ p) _____ q) _____ r) _____ s) _____ t) _____ u) _____ v) _____ w) _____ x) _____ y) _____ z) _____ Código CIE: _____	
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: _____		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Área comercial o de servicio ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(ia) fallecido(a): _____ 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: _____ 22.7 Añote 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: _____		23. NOMBRE Nombre(s) <u>Manuel</u>Primer Apellido <u>Hernandez</u>Segundo Apellido <u>Roberto</u>		
24. PARENTESCO CON EL(IA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ *Especifique: _____		
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>7284571</u> Número de la cédula profesional		27. NOMBRE Nombre(s) <u>Marlene Anahi</u>Primer Apellido <u>Argueta</u>Segundo Apellido <u>Sanchez</u>		
28. FIRMA <u>[Firma]</u>		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad: <u>Carretera</u> 29.2 Nombre de la vialidad: <u>Al Pánon</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>136</u> 29.4 Núm. Interior: _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Colonia</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Santa María II</u> 29.7 Código Postal: <u>79930</u> 29.8 Localidad: <u>Santa María II</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u>4831040486</u>		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>02</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: _____ 32.2 Municipio o Alcaldía: _____ 32.3 Entidad federativa: _____ 32.4 Día: _____ Mes: _____ Año: _____				

210841148