

Erk Sgtno S.

F. r. k. Saturnino Sirvestre

A2V

COPIA

PROSA

ma. COQ10

DEFUNCIÓN N.º

Copy

CCIBO



1

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Juan Carlos Silva		2. FECHA DE NACIMIENTO 25 01 1950		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP SI FJ 50 01 25 M SP L R N 03		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ → Especifique		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: Horas: 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: 71 Años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivió el fallecido(a): Avenida Emilio Zapata		10.1 Tipo de vivienda		10.2 Nombre de la vivienda	
10.3 Núm. Exterior: 79960		10.4 Núm. Interior: H-02		10.5 Tipo de asentamiento humano: Tampacán		10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí	
10.7 Código Postal: 79960		10.8 Localidad: Huixtla		10.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí		10.10 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Se ignora ☐		11.1 La escolaridad seleccionada es: Primaria		12. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar		12.1 Trabaja: No	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital ☒ 14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital Real N.º 44 Zacachpan		14.2 Calle única de establecimientos de salud (CLUES): San Martín No. 3	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Campeña		15.2 Nombre de la vivienda: San Martín No. 3		15.3 Núm. Exterior: 79960		15.4 Núm. Interior: Zacachpan	
15.5 Tipo de asentamiento humano: Tampacán		15.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí		15.7 Código Postal: 79960		15.8 Localidad: Huixtla	
15.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí		15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: 18 Mes: 03 Año: 2021 Horas: 11 Minutos: 33		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) Neumonía por Covid 19 Debido a (o como consecuencia de): b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que produjo la muerte: Diabetes Mellitus tipo 2 Hipertensión arterial sistémica		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 16 dnt		21. Si la muerte fue accidental o violenta, especifique: 21.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐	
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? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): 11/15/2021 N.R. No. 40 ACATIPAN, B.L.	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Descripción 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 vivienda: Campeña		22.7.2 Nombre de la vivienda: San Martín No. 3	
22.7.3 Núm. Exterior: 79960		22.7.4 Núm. Interior: Zacachpan		22.7.5 Tipo de asentamiento humano: Tampacán		22.7.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí	
22.7.7 Código Postal: 79960		22.7.8 Localidad: Huixtla		22.7.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí		22.7.10 Entidad federativa: San Luis Potosí	
23. NOMBRE Enk		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo		25. CERTIFICADA POR: Médico legista ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		26. Si el certificado es médico: Número de la cédula profesional: 413/373	
27. NOMBRE Enk		28. FIRMA Enk		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: Campeña		29.2 Nombre de la vivienda: San Martín No. 3	
29.3 Núm. Exterior: 79960		29.4 Núm. Interior: Zacachpan		29.5 Tipo de asentamiento humano: Tampacán		29.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí	
29.7 Código Postal: 79960		29.8 Localidad: Huixtla		29.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí		29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí	
29.11 Teléfono: 4133620307		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: 18 Mes: 03 Año: 2021		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO: Núm.: 29 Libro Núm.: 29		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: Huixtla	
32.2 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí		32.3 Entidad federativa: San Luis Potosí		32.4 Día: 18 Mes: 03 Año: 2021		32.5 Tipo de asentamiento humano: Tampacán	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD