

*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

210841272

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Benjamin</u> Primer Apellido <u>Hernandez</u> Segundo Apellido <u>Benito</u>				
	2. FECHA DE NACIMIENTO <u>2</u> / <u>1</u> / <u>2020</u> Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
	5. CURP <u>HENB600324H32RON00</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>10</u> Horas <u>0</u> Minutos Para menores de un día: <u>10</u> Horas <u>0</u> Minutos Para menores de un mes: <u>10</u> Días <u>0</u> Meses Para menores de un año: <u>10</u> Años <u>0</u> Meses Para personas de un año o más: <u>10</u> Años <u>0</u> Meses Se ignora <input type="radio"/>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Avenida Placeres Salazar Martínez</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>10</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>10</u> 10.3 Núm. Exterior <u>79960</u> 10.4 Núm. Interior <u>4101</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tamazunchale</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>79960</u> 10.8 Localidad <u>Tamazunchale</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
DE LA DEFUNCIÓN	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>al hogar</u> 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			13.1 Número de seguridad social o afiliación	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital <input checked="" type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital comunitario de Tamazunchale</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Carretera Tamazunchale - San Martín K.M. 6.5</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>15</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>15</u> 15.3 Núm. Exterior <u>79960</u> 15.4 Núm. Interior <u>4101</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tamazunchale</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>79960</u> 15.8 Localidad <u>La Pithaya</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Tamazunchale</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>			16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>3</u> / <u>0</u> / <u>2021</u> <u>1</u> / <u>1</u> / <u>2021</u> Día Mes Año Horas Minutos	
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	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) <u>Debido a (o como consecuencia de) infección de catéter intravascular</u> b) <u>Caso sospechoso de covid - 19</u> c) <u>Debido a (o como consecuencia de) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de) Enfermedad renal crónica</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Diabetes mellitus tipo 2</u>			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>7 días</u> <u>4 días</u> <u>3 años</u> <u>22 años</u>	
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>7</u>			Código CIE <u>4</u>	
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</u>	
DEL REG. CIVIL	23. NOMBRE <u>Maria Del Rosario Valladares Vargas</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Nuera</u>	
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>79960</u>	
	27. NOMBRE <u>Erendira Sarahi Hernandez Lara</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			28. FIRMA <u>Erendira Sarahi Hernandez Lara</u>	
	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>79960</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>La Pithaya</u> 29.3 Núm. Exterior <u>79960</u> 29.4 Núm. Interior <u>4101</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tamazunchale</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>79960</u> 29.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u>79960</u>			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>3</u> / <u>0</u> / <u>2021</u> Día Mes Año	
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>31</u> Libro Núm. <u>1</u> 31.1 Acta Núm. <u>31</u>			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día <u>3</u> Mes <u>0</u> Año <u>2021</u>	

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