



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

FOLIO  
210846930

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Pablo Rubio Hernandez</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido						
	2. FECHA DE NACIMIENTO <b>29 03 1941</b> Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>San Luis Potosí</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
	5. CURP <b>LUHP410329HSPBRBO9</b> Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos 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: Años cumplidos <b>080</b> Se ignora <input type="radio"/> 9		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9				
	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>Carretera Normal Itzamal - Llanito</b> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad						
	10.3 Núm. Exterior <b>79990</b> 10.4 Núm. Interior <b>Tamon</b> 10.5 Tipo de asentamiento humano <b>Tamazunchale</b> 10.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b> 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)						
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2				
	12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>Paratiro</b> Se ignora <input type="radio"/> 99		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9				
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación				
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Hospital <b>Hospital Real No. 94</b> IMSS PROSPERA <input checked="" type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica <b>SALUD 0001461</b> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)						
DE LA DEFUNCIÓN	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>Km 3 Zaratipan Tamazunchale San Luis Potosí</b> 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior <b>79960</b> 15.4 Núm. Interior <b>Zaratipan</b> 15.5 Tipo de asentamiento humano <b>Tamazunchale</b> 15.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b> 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa			16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>07 07 2021 18:50</b> Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
	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) <b>Sospecha Covid-19</b> 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) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo <b>Síndrome Frágilizado</b> <b>Síndrome Consentivo</b>			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>24 hrs</b> Código CIE <b>1 m</b> <b>1 m 2</b>		Uso exclusivo del personal codificador	
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <b>Area industrial (taller, fabrica u obra)</b> <b>Granja (rancho o parcela)</b> <b>Otro</b> <b>Se ignora</b>	
	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			
	DEL INF.	23. NOMBRE <b>Patricia Rubio Lopez</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Hija</b>		
		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>473194</b> Número de la cédula profesional		
		27. NOMBRE <b>Jareth Amato Fianiso</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			28. FIRMA 		
		29. DOMICILIO y TELÉFONO <b>Carretera San Martín Km 3 Zaratipan Tamazunchale San Luis Potosí</b> 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>07 07 2021</b> Día Mes Año		
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO Núm. <b>01</b> Libro Núm. <b>05</b> <b>378</b>			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <b>Tamazunchale</b> <b>S. L. P.</b> <b>14 07 20 21</b>			

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

ENTREGUE EL ORIGINAL AL REGISTRO CIVIL PARA SU ARCHIVO



210846930