



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
210849571

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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) maria margarita hermandes		2. FECHA DE NACIMIENTO 21 07 1941		3. SEXO ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ Sexo ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO san luis potosi
5. CURP HEX H41 10721 HSPR XRO 21		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? ☐ Si ☒ No ☐ De ignora		7. NACIONALIDAD ☒ Mexicana ☐ Otra ☐ Se ignora	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: ☐ Para menores de un día: ☐ Para menores de un mes: ☐ Para menores de un año: ☐ Para menores de un año: ☐ Para menores de un año: ☐		9. ESTADO CONYUGAL ☐ Soltero(a) ☐ Viudo(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ En unión libre ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Anexo al domicilio permanente donde vivía el fallecido(a): calle rochimalco 10.1 Tipo de vivienda: 63 10.2 Número de la vivienda: 79 960 10.3 Núm. Exterior: 79 960 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: tamazunchale 10.6 Localidad: san luis potosi 10.7 Código Postal: 79 960 10.8 Localidad: san luis potosi	
11. ESCOLARIDAD ☐ Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora		12. OCUPACIÓN HABITUAL al hogar 12.1 Industria: ☐ Si ☒ No ☐ Se ignora		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD ☐ IMSS ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN ☐ Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital integral de tamazunchale 14.1 Número de la unidad médica: 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES): 14 15 15 10 06 1 7103		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN carrettera a san martin 15.1 Tipo de vivienda: rancho 15.2 Número de la vivienda: 79 960 15.3 Núm. Exterior: 79 960 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: tamazunchale 15.6 Localidad: san luis potosi 15.7 Código Postal: 79 960 15.8 Localidad: san luis potosi		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 21 07 2021 16.1 Día: 21 16.2 Mes: 07 16.3 Año: 2021 16.4 Hora: 12 16.5 Minutos: 30	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☒ Si ☐ No ☐ Se ignora		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? ☐ Si ☒ No ☐ Se ignora		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) causa sospechosa de covid 19 b) neumonía adquirida en la comunidad c) insuficiencia respiratoria aguda d) insuficiencia cardíaca congestiva e) diabetes mellitus tipo 2 f) hipertensión arterial sistémica	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 7 días Código CIE: 7 días Código CIE: 6 días Código CIE: 7 días Código CIE: 19 años Código CIE: 19 años		21. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? ☐ Si ☒ No ☐ Se ignora		22. ¿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 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) 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 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: 22.7.2 Nombre de la vivienda: 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 amado martín hermandes 23.1 Nombre(s): 23.2 Primer Apellido: hermandes 23.3 Segundo Apellido: hijo		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) hijo		25. CERTIFICADA POR ☒ Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique: 12043847 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 12043847 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE gloria elizet baltierra del angel 27.1 Nombre(s): 27.2 Primer Apellido: baltierra 27.3 Segundo Apellido: del angel		28. FIRMA Baltierra		29. DOMICILIO Y TELÉFONO carrettera a san martin 29.1 Tipo de vivienda: 29.2 Nombre de la vivienda: 29.3 Núm. Exterior: 29.4 Núm. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: rencho 29.6 Nombre del asentamiento humano: 79 960 29.7 Código Postal: 29.8 Localidad: 29.9 Municipio o Alcaldía: san luis potosi 29.10 Entidad federativa: 4 83 362 3 398 29.11 Teléfono: 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 30 07 2021 30.1 Día: 30 30.2 Mes: 07 30.3 Año: 2021	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO 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: 32.5 Mes: 32.6 Año:		33. ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MUERTES	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MUERTES