



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
212248030

*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 DE 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(DEL) FALLECIDO(A) <i>Ma del Socorro Zuniga Hernandez</i>	2. FECHA DE NACIMIENTO <i>12/10/1958</i>	3. SEXO ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ No sabe	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <i>San Luis Potosí</i>
	5. CURP <i>1210195810161217MISPIXIRIC101</i>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? ☒ SI ☐ NO ☐ Otra: <i>Español</i>	7. NACIONALIDAD ☒ Mexicana ☐ No ☐ Otra: <i>Español</i>	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <i>1063</i> años cumplidos
	9. ESTADO CONYUGAL ☒ En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ No sabe	10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el(ella) fallecido(a): <i>Calle Durango 112 Colonia San Rafael Ciudad Valles</i>	11. ESCOLARIDAD ☒ Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ No sabe	12. OCUPACIÓN HABITUAL <i>Arrendatario</i>
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seg. Popular / INSABI ☐ Otra: <i>1170527261/PE</i>	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN ☒ Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: <i>Hospital General Zona 6</i>	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <i>Carretera 914 Trancasmaría Ciudad Valles</i>	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <i>29/10/2021 10:17:15</i>
DE LA DEFUNCIÓN	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☒ SI ☐ NO ☐ No sabe	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? ☒ SI ☐ NO ☐ No sabe	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) <i>Paro Cardíaco respiratorio</i> b) <i>Covid-19</i> c) <i>Sepsis</i> d) <i>Enfermedad Renal Estadio V</i>	
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <i>Diabetes Mellitus con complicaciones Hipertensión Arterial sistémica</i>		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: ☒ Embarazo ☐ 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 ☐ No sabe		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? ☒ SI ☐ NO ☐ No sabe	
	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: ☒ Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ No sabe		22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el(ella) fallecido(a): ☒ Área Industrial (taller, fábrica u otra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ No sabe	
DEL CERTIFICANTE	23. NOMBRE <i>Mayra Victoria Hernandez Zuniga</i>		24. PARENTESCO CON EL(EL) FALLECIDO(A) <i>Hija</i>	
	25. CERTIFICADA POR: ☒ Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ No sabe		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <i>11426256</i>	
	27. DOMICILIO Y TELÉFONO <i>Carretera 914 Trancasmaría Ciudad Valles</i>		28. FIRMA <i>[Firma]</i>	
	29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO <i>19 de mayo</i>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <i>29/10/2021</i>	
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO <i>19 de mayo</i>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <i>19 de mayo</i>	
	31.1 Acta Núm. <i>19 de mayo</i>		32.1 Localidad <i>Ciudad Valles</i>	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN