



4107510047-3
IF1951SF

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SINBA

FOLIO

212248046

250904032151

*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

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

1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) <u>Eduardo Arriaga</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO <u>13/10/1951</u>		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>AIIXIE5111101131M5P1R1X1D10121</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>106</u> años, <u>19</u> meses, <u>19</u> días	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a): <u>Calle Guadalupe Sánchez</u>		10.1 Tipo de vivienda <u>5/1</u>		10.2 Nombre de la vivienda <u>Kilómetro 42</u>	
10.3 Núm. Exterior <u>179131101</u>		10.4 Núm. Interior <u>El municipio</u>		10.5 Tipo de asentamiento humano <u>El municipio</u>		10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>	
10.7 Código Postal <u>77100</u>		10.8 Localidad <u>El municipio</u>		10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u>		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Trabajador del 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"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>4107510047</u>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General Zona 6</u>	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		14.3 Tipo de establecimiento Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Boulevard</u>		15.1 Tipo de vivienda <u>914</u>	
15.2 Nombre de la vivienda <u>Fraccionamiento</u>		15.3 Núm. Exterior <u>179131101</u>		15.4 Núm. Interior <u>19 de mayo</u>		15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u>	
15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u>		15.7 Código Postal <u>77100</u>		15.8 Localidad <u>Ciudad Valles</u>		15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u>	
15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>10/4/2019 12:10</u>		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"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Código CIE		Uso exclusivo del personal codificador	
a) <u>Insuficiencia Renal crónica</u>		2 días		J960			
b) <u>Covid-19</u>		2 días		U071			
c) <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u>		6 meses		E119			
d) <u>Hipertensión Arterial</u>		1 año		I102			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>U071</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"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas corresponden al 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 industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <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:		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 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 <u>Mar. Felix de la Cruz Arriaga</u>		24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) <u>hijo</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/>	
25.1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud		25.2 Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		25.3 Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>1161836</u>	
27. NOMBRE <u>David Enrique Benítez Mendoza</u>		28. FIRMA		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>914</u>		29.2 Nombre de la vivienda <u>Fraccionamiento</u>	
29.3 Núm. Exterior <u>179131101</u>		29.4 Núm. Interior <u>El municipio</u>		29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u>		29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u>	
29.7 Código Postal <u>77100</u>		29.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u>		29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u>		29.10 Entidad federativa	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>10/4/2019 12:10</u>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>1</u> , Libro Núm. <u>1</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		32.4 Día		32.5 Mes		32.6 Año	

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