

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL(DEL(A) FALLECIDO(A)) Leonardo de Jesus Estrada Flores		2. FECHA DE NACIMIENTO 12/06/1910		3. SEXO Hombre ☒ 1 Mujer ☐ 2 Se ignora ☐ 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí
		5. CURP LEA111210110210151PISILN1012		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 → Especifique
DEL FALLECIDO	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 01410		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ 4 Separado(a) ☐ 6 Divorciado(a) ☐ 3 Soltero(a) ☐ 1 Casado(a) ☐ 5 Se ignora ☐ 9		
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a): Amado solo MZA 16 Lot 21		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Preescolar ☐ 12 Primaria ☐ 3 Secundaria ☐ 5 Tercera ☐ 6 Superior ☐ 7 Se ignora ☐ 9		
DE LA DEFUNCIÓN	12. OCUPACIÓN HABITUAL Empleado		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 IMSS ☒ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 5 SEMAR ☐ 7 IMSS BIENESTAR ☐ 10 Se ignora ☐ 9		
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 IMSS BIENESTAR ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8 Unidad médica privada ☐ 9		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Amado solo		
MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 04/08/2021 08:31		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		
	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? SI ☐ 1 No ☒ 2		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de) b) Síndrome Inflamatorio multisistémico asociado con COVID-19 Debido a (o como consecuencia de) c) COVID-19 Debido a (o como consecuencia de) d) Obesidad, no especificada		
DEL CERTIFICANTE	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5		
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 1 Área deportiva ☐ 3 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicio ☐ 5 23.2 Descripción breve de la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		
DEL REG. CIVIL	24. PARENTESCO CON EL(EL) FALLECIDO(A) Primo		25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico* ☐ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil* ☐ 5 Otro* ☐ 8 *Especifique		
	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 5756-81		27. NOMBRE Thelma Ruth Domínguez Cárdenas		
DEL REG. CIVIL	28. FIRMA [Firma]		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 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 140 Lote 21 719101010 Ciudad Valles San Luis Potosí		
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 04/08/2021		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro 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 Mes Año					

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