

4111890252-1
4F19700R

SECRETARÍA DE SALUD SINBA
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN 354

FOLIO

212248123

ANTES DE LLENAR REA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

C-13

25
MED
INT

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) Ma. Luisa Guerrero Dominguez
2. FECHA DE NACIMIENTO 25/10/81
3. SEXO Mujer
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Guerrero
5. CURP GUIMIL701018125M6RRMIS001
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No
7. NACIONALIDAD Mexicana
8. EDAD CUMPLIDA 41
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a)
10. RESIDENCIA HABITUAL Calle 20 de Noviembre
11. ESCOLARIDAD Primaria
12. OCUPACIÓN HABITUAL Ama de casa
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD ISSSTE
14. SITIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCIÓN Hospital General Zona 6
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCIÓN Ciudad Valles
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 06/08/2021 12:13
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? No

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)
PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente:
a) Paro cardíaco, no especificado
b) Insuficiencia respiratoria aguda
c) Neumonía debida a otros virus
d) COVID-19
PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte:
e) Hipertensión esencial (numeral)
f) Otros trastornos de ansiedad especificados
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 1469
21. Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años:
21.1 Especifica si la muerte ocurrió durante:
El embarazo No El parto No El puerperio No
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? No
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? No
22. Si la muerte fue accidental o violenta, ESPECIFIQUE:
22.1 Fue un presunto:
Accidente No Homicidio No Suicidio No
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? No
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión:
Vivienda particular No Área deportiva No
Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) No Calle o caminata (vía pública) No
Escuela u oficina pública No Área comercial o de servicio No
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(LE) 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 Num. Exterior:
22.7.4 Num. 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:

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. NOMBRE DEL INF. Roberto Angel Flores Guerrero
24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) Hijo
25. CERTIFICADA POR:
Médico tratante No Médico legista No Otro médico No
Persona autorizada por la Secretaría de Salud No Autoridad civil No Otro No
26. Si el certificador es médico:
Número de la cédula profesional:
27. NOMBRE Salvador Cruz Huerta
28. FIRMA
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle 19 de Enero
29.1 Tipo de vivienda:
29.2 Nombre de la vivienda:
29.3 Num. Exterior:
29.4 Num. 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:
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 06/08/2021
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO:
31.1 Acta Num.
31.2 Lugar y fecha de registro:
31.3 Localidad:
31.4 Municipio o Alcaldía:
31.5 Entidad federativa:
31.6 Día:
31.7 Mes:
31.8 Año:

DEL INF.

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



212248123