



2313984879-2
1M1998ES

SECRETARÍA DE SALUD SINRA
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN 357

FOLIO

212248126

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL(A) FALLECIDO(A) Juan Jesus Castillo		Primero Apellido Espino		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 02/12/1998		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP CIAEJ981202HSIPSSIN018		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Especificar:	
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 02/12		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Vuelto(a) ☐ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☒ Se ignora ☐			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(a) fallecido(a) Avenida Vicente Guerrero 10.1 Tipo de vivienda Unidad Habitacional 10.2 Nombre de la vivienda Ignacio García Téllez 10.3 Núm. Exterior 7910100 10.4 Núm. Interior CD Valles 10.5 Tipo de asentamiento humano San Luis Potosí 10.6 Número del asentamiento humano San Luis Potosí 10.7 Código Postal CD Valles 10.8 Localidad San Luis Potosí 10.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		11. La escolaridad seleccionada es: Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL Estudiante 12.1 Trabajaba Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seg. Popular / INSABI ☐ Otra ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ Se ignora ☐		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital General de Zona H-6 IMSS BIENESTAR ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐		15. DOMICILIO LUGAR DE LA DEFUNCIÓN Boulevard Fraccionamiento México Telcabo 15.1 Tipo de vivienda Fraccionamiento 15.2 Nombre de la vivienda 19 de Enero 15.3 Núm. Exterior 7910100 15.4 Núm. Interior CD Valles 15.5 Tipo de asentamiento humano CD Valles 15.6 Número del asentamiento humano San Luis Potosí 15.7 Código Postal CD Valles 15.8 Localidad San Luis Potosí 15.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí 15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Hora Minutos 03/10/2021 11:21		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRÁCTICO NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. a) Choque Séptico Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeran la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica. b) Síndrome inflamatorio multisistémico asociado con COVID-19 Debido a (o como consecuencia de) COVID-19 Debido a (o como consecuencia de) d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo.		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 días 3 días 16 días		Uso exclusivo para personal ocupacional Código CIE R57Z U109 U071	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒	
22. SI 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? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva (taller, fábrica u obra) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE U101.71		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a).	
22.5 Si 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 1 Tipo de validez 22.7.2 Nombre de la validez		22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Número 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 Tomas Espino Ortiz Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Madre	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique Jefred Guzmán		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1132624 Número de la cédula profesional		27. FIRMA Miguel Ángel Estrada Hervert	
27. NOMBRE Jorge Estrada Hervert Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. DOMICILIO Y TELÉFONO Boulevard México Telcabo 28.1 Tipo de validez 28.2 Nombre de la validez 919 28.3 Núm. Exterior 28.4 Núm. Interior 28.5 Tipo de asentamiento humano CD Valles 28.6 Número del asentamiento humano San Luis Potosí 28.7 Código Postal CD Valles 28.8 Localidad San Luis Potosí 28.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí 28.10 Entidad federativa		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año 07/08/2021	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro 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

... SE DEBE DEMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. SI LA DEFUNCIÓN NO PUEDE VERIFICARSE POR CUALQUIER MOTIVO, LOS DATOS PERSONALES SE DESTRUYEN CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES

130

NEI BEI

212248126