



41058512165
14198508

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

212248205

*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

212248205

28
MED
INTO

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) <u>Edgar Omar Gonzalez Hernandez</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>22/01/1985</u>	
3. SEXO <u>Hombre</u>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>G10HIE18151011212HISPINRID1018</u>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <u>No</u>	
7. NACIONALIDAD <u>Mexicana</u>	
8. EDAD CUMPLIDA <u>36</u> años	
9. ESTADO CONYUGAL <u>En unión libre</u>	
10. RESIDENCIA HABITUAL <u>Carretera a Tancitaro, Tancitaro, San Luis Potosí</u>	
11. ESCOLARIDAD <u>Primaria</u>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Trabajador de campo</u>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <u>IMSS</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Hospital General de Tancitaro</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Carretera a Tancitaro, Tancitaro, San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>13/08/2021 03:12</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <u>No</u>	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? <u>No</u>	
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) <u>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Síndrome metabólico multistacional secundario a Covid-19</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Neumonía debida a otros virus</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Covid-19</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>U071</u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermano</u>	
25. CERTIFICADA POR <u>Médico legista</u>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>2196664</u>	
27. NOMBRE <u>Alfonso Martinez Ramirez</u>	
28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Carretera a Tancitaro, Tancitaro, San Luis Potosí</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>13/08/2021</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <u>Núm. 1</u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u>San Luis Potosí</u>	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA