

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO
212248382

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) <u>Comelio Gonzalez Feliciano</u>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Sexo <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	
	2. FECHA DE NACIMIENTO <u>11/01/1959</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"/> → <u>Española</u>	
	8. CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>00</u> Minutos Para menores de un día: <u>00</u> Horas Para menores de un mes: <u>00</u> Días Para menores de un año: <u>00</u> Meses Para menores de un año o más: <u>00</u> Años cumplidos		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"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(a) fallecido(a) <u>Av. Aranda Carlos Tangüedad #12 Por la Herrera Tamayanchile</u>	
	10.1 Tipo de vivienda <u>Tamayanchile</u>		10.2 Nombre de la vivienda <u>Tamayanchile</u>		10.3 Núm. Exterior <u>019090</u>	
	10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tamayanchile</u>		10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>	
	10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía	
	10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Libero</u>		12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>#12 Por la Herrera Tamayanchile</u>		15.1 Tipo de vivienda <u>Tamayanchile</u>		15.2 Nombre de la vivienda <u>Tamayanchile</u>	
15.3 Núm. Exterior <u>019090</u>		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tamayanchile</u>		
15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>		15.7 Código Postal		15.8 Localidad		
15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa		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. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, 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) <u>sepechoso covid-19</u> b) Debido a (o como consecuencia de) c) 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: <u>Diabetes Mellitus</u> <u>Hipertensión arterial sistólica</u>		18.1 Intervento aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>10 días</u>		18.2 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
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"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <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 complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.1 Fue un presunto: 22.1.1 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
22.3 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		
22.6 Describe 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		22.8 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 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 DEL INF. <u>Julio Adrian Gonzalez Feliciano</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>		
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>0907 52 57</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>		
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE <u>María Alejandra Sanchez Salas</u>		29. DOMICILIO Y TELEFONO <u>Av. Aranda Carlos Tangüedad #12 Por la Herrera Tamayanchile</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>12/08/2021</u>		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <u>019090</u> Libro Núm. <u>019090</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Tamayanchile</u>		32.2 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u>		
32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		32.4 Día <u>12</u> Mes <u>08</u> Año <u>2021</u>		32.5 Entidad federativa		

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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.

212248382

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