



# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

212248392

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) ANA MARIA HERNANDEZ  
 Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO 06 10 5 1945  
 Día Mes Año

3. SEXO Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSI  
 Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP H X A 4 5 0 5 0 6 H F P R X N 0 2  
 Se ignora 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí 1 No 2 Se ignora 9

7. NACIONALIDAD Mexicana 1 Otra 2 → Especifique

8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Dias Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos 076 Se ignora 9

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) 6 Viudo(a) 2 Casado(a) 5  
 En unión libre 4 Divorciado(a) 3 Soltero(a) 1 Se ignora 9

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) avenida Cruz Blanca  
 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad  
143 Localidad Manchao  
 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano  
179450 Manchao San Martín San Luis Potosí  
 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Preescolar 2 Primaria 3 Secundaria 5  
 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1 Incompleta 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL al hogar Se ignora 99  
 12.1 Trabajaba Sí 1 No 2 Se ignora 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seg. Popular / INSABI 7 Otra 8  
 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS BIENESTAR 10 Se ignora 99

13.1 Número de seguridad social o afiliación

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

Hospital Basico Comunitario 14.1 Nombre de la unidad médica Vía pública 10 Otro lugar 12  
515540001703 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Hogar 11 Se ignora 99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad carretera a san martin 15.2 Nombre de la vialidad  
79950 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano  
La Pitahaya Tamagunchale San Luis Potosí  
 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 14 08 20 21 09 55  
 Día Mes Año Horas Minutos

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí 1 No 2 Se ignora 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí 1 No 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) Insuficiencia Respiratoria Aguda  
 Debido a (o como consecuencia de) Caso sospechoso de Covid 19 5 Días

b) Neumonía adquirida en la comunidad  
 Debido a (o como consecuencia de) 14 Días

c) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica  
 Hipertension Arterial sistémica. 10 años

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

Uso exclusivo del personal codificador Código CIE

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

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 2

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? Sí 1 No 2 Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular 0 Área deportiva 3  
 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4  
 Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7  
 Otro 8 Se ignora 9

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 vialidad 22.7.2 Nombre de la vialidad

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

\*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.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS