

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO
21224840

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

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL (DE LA) FALLECIDO(A) Juan Austria Hernandez		2. FECHA DE NACIMIENTO 20 10 1960		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SLP	
5. CURP AUHJ601020HSPERN09		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐		8. EDAD CUMPLIDA 060	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(a) fallecido(a) 105		10.1 Tipo de vivienda el mirador		10.2 Nombre de la vivienda San miguel	
10.3 Núm. Exterior 79960		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano Amazunchale		10.6 Nombre del asentamiento humano	
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 ☐ Prescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☒ Posgrado ☐ Se ignora ☐		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☒ Incompleta ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL Jubilado		12.1 Trabajaba Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ ISSSTE ☒ SEDENA ☐ Seg. Popular / INSABI ☐ Otra ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación AUHJ601020		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ Se ignora ☐		14.1 Nombre de la unidad médica	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 105		15.1 Tipo de vivienda El mirador		15.2 Nombre de la vivienda San miguel	
15.3 Núm. Exterior 79960		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano Amazunchale		15.6 Nombre del asentamiento humano	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 15 08 2021 1909		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)	
19.1 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Bepsis		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 1 mes		Código CIE			
19.2 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionados en último lugar la causa básica Pie diabético		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 meses		Código CIE			
19.3 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionados en último lugar la causa básica MIocardiopatía dilatada		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 6 años		Código CIE			
19.4 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionados en último lugar la causa básica Secuelas Neumonía por Sars Cov2 diabetes mellitus tipo 2		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 sem. 8 años.		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 ☐ 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 ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ 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 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 Nombre(s) Karen Guadalupe Primer Apellido Austria Segundo Apellido Fernandez		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) hija	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ *Especifique: 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 4895546 Número de la cédula profesional		27. NOMBRE Nombre(s) Leocadio Primer Apellido Meza Segundo Apellido Martinez		28. FIRMA San martin		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda 29.2 Nombre de la vivienda 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano Amazunchale 29.6 Código Postal 79960 29.7 Localidad SLP. 29.8 Municipio o Alcaldía SLP. 29.9 Entidad federativa SLP. 29.10 Teléfono 4833621190 29.11 Teléfono	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 15 08 2021		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 1 Libro Núm. 1		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día 32.5 Mes 32.6 Año		33. ACTA NÚM. 1	

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