

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
212248404

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)		DIEGO		Acosta		TERRAZAS	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSI		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP 60TDL581018PSPCIRG0E		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 Viudo(a) <input type="checkbox"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> 5 En unión libre <input type="checkbox"/> 4 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)		10.1 Tipo de vialidad CALLE		10.2 Nombre de la vialidad REVOLUCION MEXICANA		10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 79930	
10.5 Tipo de asentamiento humano LOCALIDAD		10.6 Nombre del asentamiento humano CUIXQUATLIA		10.7 Código Postal 10.8 Localidad CUIXQUATLIA CHALCO ANIL DE TERRAZAS		10.9 Municipio o Alcaldía SAN LUIS POTOSI	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL PENSIONADO		12.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación A01D-581018/90		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica SPLISTO 0001142	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 79960		15.2 Nombre de la vialidad PUEBLO		15.5 Tipo de asentamiento humano TAMAZUNCHALE		15.6 Nombre del asentamiento humano TAMAZUNCHALE SAN LUIS POTOSI	
15.7 Código Postal 16.082021		15.8 Localidad TAMAZUNCHALE		15.9 Municipio o Alcaldía SAN LUIS POTOSI		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año 16.082021		16.1 Tipo de vialidad 11310		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) NEUMONIA SEVERA Debido a (o como consecuencia de)		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) COVID 19 Debido a (o como consecuencia de)		21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 13 DIAS	
c) Debido a (o como consecuencia de)		d) Debido a (o como consecuencia de)		22.1 Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años 22.1.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		22.2 Si la muerte fue accidental o violenta, especifique: 22.2.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 22.2.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 de servicio		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 22.7.1 Tipo de vialidad	
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.7 Código Postal		22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa		22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.7.2 Nombre de la vialidad			
23. NOMBRE PANFOLLO		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Acosta Martinez		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico <input type="checkbox"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5 Otro* <input type="checkbox"/> 8 *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 446918 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE CLAUDIA HERNANDEZ GARCIA		28. FIRMA		29. DOMICILIO Y TELÉFONO CALLE 100 COLONIA ZACATLÁN TAMAZUNCHALE SAN LUIS POTOSI 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono		29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6.1 Nombre de la vialidad 29.6.2 Número de la vialidad 29.7.1 Número de la vialidad 29.8.1 Número de la vialidad 29.9.1 Número de la vialidad 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 16.08.2021 Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad		31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año	
31.1.1 Acta Núm. _____		32.3.1 Localidad		32.2.1 Municipio o Alcaldía 32.2.2 Entidad federativa 32.2.3 Día Mes Año		32.4.1 Día Mes Año	

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