

# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

212248485

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL(DEL) FALLECIDO(A) <b>JULIAN RUBIO HERNANDEZ</b> <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>SAN LUIS POTOSI</b> <small>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</small>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <b>24 1 01 9 8 1</b> <small>Día Mes Año</small>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. CURP <b>R U H J 9 1 1 0 2 4 H S P B R L 0 4</b>		6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		8. EDAD CUMPLIDA <b>3 9</b> años cumplidos <small>Para menores de un año o más</small>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Viudo/a <input type="radio"/> Casado/a <input checked="" type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Antes el domicilio permanente donde vivía el(a) fallecido(a) <b>calle Francisco Villa</b> <small>10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda</small>	
10.3 Núm. Exterior: <b>143</b> 10.4 Núm. Interior: <b>colonia</b> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <b>Papatlaco</b> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <b>Papatlaco</b> 10.7 Código Postal: <b>Papatlaco</b> 10.8 Localidad: <b>Tamazunchale</b> 10.9 Municipio o Alcaldía: <b>San Luis Potosi</b> 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): <b>San Luis Potosi</b>		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input checked="" 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"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>tortillero</b>		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD MSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica: <b>Hospital comunitario de Tamazunchale</b> 14.2 Clave Único de Establecimientos de Salud (CLUES): <b>S P S A 0 0 1 7 0 3</b>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Km 1 <b>carretera Tamazunchale San Martín Chalchicuátla</b> <b>La Pitahaya</b> <small>15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano</small>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>2 7 0 8 2 0 2 1 1 7 0 7</b> <small>Día Mes Año Horas Minutos</small>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Este señalar modo de morir, ejemplo: paracardíaco, sepsis, etc.) <b>INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA</b> <small>Debido a (o como consecuencia de) CETOACIDOSIS DIABÉTICA</small> <b>CASO SOSPECHOSO DE COVID 19</b> <small>Debido a (o como consecuencia de) NEUMONIA ADQUIRIDA EN COMUNIDAD</small> <b>DIABETES MELLITUS TIPO II</b> <b>HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA</b>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>1 día</b> <b>1 día</b> <b>10 días</b> <b>10 días</b> <b>2 años</b> <b>2 años</b>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		21. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 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"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <b>22.7</b> 22.4 Anote la relación que tiene el presunto agresor con el(a) fallecido(a). <b>Esposa</b>		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <b>22.8</b>	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, tránsito o suicidio: <b>La Pitahaya</b> 22.7.1 Tipo de vivienda: 22.7.2 Nombre de la vivienda: 22.7.3 Núm. Exterior: <b>La Pitahaya</b> 22.7.4 Núm. Interior: 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: 22.7.6 Localidad: 22.7.7 Código Postal: 22.7.8 Localidad: 22.7.9 Municipio o Alcaldía: 22.7.10 Entidad federativa:		22.8 Descripción brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.9 Tipo de asentamiento humano: 22.10 Entidad federativa: 22.11 Teléfono:	
23. NOMBRE DEL INF. <b>Maria Camarina Teodoro Antonio</b> <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Esposa</b>	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> <b>medico general</b> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad local <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: <b>12163060</b>	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE: <b>Karen Beatriz Sanchez Alan</b> <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>		28. FIRMA: 	
29. DOMICILIO y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE: <b>La Pitahaya Tamazunchale San Luis Potosi</b> <small>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 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</small>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: <b>2 7 0 8 2 0 2 1</b> <small>Día Mes Año</small>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Num. Libro Num. Acta Num.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: 32.2 Municipio o Alcaldía: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día Mes Año:	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD