



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCION

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

212248501

COMITE DEL CONSEJO FEDERAL DE DEFUNCIONES

*SI LA DEFUNCION NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MEDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARIA DE SALUD EN UN PERIODO MAXIMO DE 10 DIAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICION
LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>J. GUICERMO AGUSTIN</u> Primer Apellido <u>CARMEN</u> Segundo Apellido		2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>10</u> Mes <u>10</u> Año <u>1945</u>		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>SAN LUIS POTOSI</u>	
5. CURP <u>AUG94502103HSPARU05</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: Para menores de un día: Horas: Para menores de un mes: Días: Para menores de un año: Meses: Para personas de un año o más: Años cumplidos: <u>76</u>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>CALLETON TETICAMA</u>		10.1 Tipo de vivienda <u>BARRIO DE SAN JUAN</u>		10.2 Nombre de la vivienda		10.3 Núm. Exterior: <u>79960</u> 10.4 Núm. Interior: <u>79960</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>TAMAZUNCHACE SAN LUIS POTOSI</u>	
10.7 Código Postal: <u>79960</u> 10.8 Localidad: <u>TAMAZUNCHACE</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>SAN LUIS POTOSI</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero):		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ Incompleta ☐		12. OCUPACION HABITUAL 12.1 Trabajaba: SI ☐ No ☒ Se ignora ☐	
13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ Otra ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación:		14.1 Nombre de la unidad médica: <u>TEICAMA</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):		14.3 Tipo de atención: Via pública ☐ Hogar ☐ Otro lugar ☐ Se ignora ☐	
15. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐		15.1 Tipo de vivienda: <u>BARRIO DE SAN JUAN</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>DE SAN JUAN</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>79960</u> 15.4 Núm. Interior: <u>79960</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>TAMAZUNCHACE SAN LUIS POTOSI</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>TAMAZUNCHACE</u> 15.7 Código Postal: <u>79960</u> 15.8 Localidad: <u>TAMAZUNCHACE</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>SAN LUIS POTOSI</u> 15.10 Entidad federativa:		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION Día <u>11</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u> Horas <u>10</u> Minutos <u>00</u>		17. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? SI ☐ No ☒ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRACTICO NECROPSIA? SI ☐ No ☒		19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anotar una sola causa en cada renglón. Evitar señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfonia, 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): b) <u>COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de): c) <u>COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de): PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: 21. Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI ☐ No ☒		21.3 ¿Las causas anotadas corresponden al embarazo, parto o puerperio? SI ☐ No ☒		20. CAUSA BASICA DE DEFUNCION Código CIE: <u>S01.0</u>	

DE LA DEFUNCION

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI ☐ No ☒		21.3 ¿Las causas anotadas corresponden al embarazo, parto o puerperio? SI ☐ No ☒		20. CAUSA BASICA DE DEFUNCION Código CIE: <u>S01.0</u>	
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? SI ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) 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: <u>79960</u>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>COVID-19</u>	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: <u>BARRIO DE SAN JUAN</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u>DE SAN JUAN</u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u>79960</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>79960</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>TAMAZUNCHACE SAN LUIS POTOSI</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u>TAMAZUNCHACE</u> 22.7.7 Código Postal: <u>79960</u> 22.7.8 Localidad: <u>TAMAZUNCHACE</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>SAN LUIS POTOSI</u> 22.7.10 Entidad federativa:		22.8 Descripción de la lesión: <u>COVID-19</u>		22.9 Fecha de la defunción: <u>11/10/2021</u>	

DEL INF.

23. NOMBRE Nombre(s) <u>MARCO ANTONIO</u> Primer Apellido <u>LOPEZ</u> Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ *Especifique: <u>09075757</u>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO Número de la cédula profesional: <u>09075757</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>MARIA ANTONIA</u> Primer Apellido <u>SMITH</u> Segundo Apellido <u>LOPEZ</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>BARRIO DE SAN JUAN</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>DE SAN JUAN</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>79960</u> 29.4 Núm. Interior: <u>79960</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>TAMAZUNCHACE SAN LUIS POTOSI</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>TAMAZUNCHACE</u> 29.7 Código Postal: <u>79960</u> 29.8 Localidad: <u>TAMAZUNCHACE</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>SAN LUIS POTOSI</u> 29.10 Entidad federativa: <u>SAN LUIS POTOSI</u> 29.11 Teléfono: <u>79960</u>		30. FECHA DE CERTIFICACION Día <u>11</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u>	
31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	

DEL CERTIFICANTE



212248501