



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

212249927

SI LA DEFUNCIÓN FUER FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REVISAR SI LA DEFUNCIÓN
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

212249927

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) <u>Maria de Monserrat Herrera Lara</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>04/08/1983</u>	
3. SEXO <input type="radio"/> Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>HIELM831018019MISPIRIN014</u>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
7. NACIONALIDAD <u>Mexicana</u>	
8. EDAD CUMPLIDA <u>038</u>	
9. ESTADO CONYUGAL <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a)	
10. RESIDENCIA HABITUAL <u>Calle Vicente Guerrero</u>	
11. ESCOLARIDAD <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Comerciante</u>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Hospital General Zona #C</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Boulevard Fraccionamiento 914</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>18/08/2021 00:46</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	
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) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Síndrome de dificultad respiratoria asociado a COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u></u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>U07.1</u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input checked="" type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
22.1 Fue un presunto <input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión <input type="radio"/> Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u></u>	
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 <u></u>	
22.7.2 Nombre de la vialidad <u></u>	
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior <u></u>	
22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u></u>	
22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u></u>	
22.7.7 Código Postal <u></u>	
22.7.8 Localidad <u></u>	
22.7.9 Municipio o Alcaldía <u></u>	
22.7.10 Entidad federativa <u></u>	
23. NOMBRE <u>Guillermo Cervantes Lara</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LE LA) FALLECIDO(A) <u>Herrero</u>	
25. CERTIFICANTE POR <input type="radio"/> Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3340803</u>	
27. NOMBRE <u>Jose Manuel Mendez Rodriguez</u>	
28. FIRMA <u></u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Boulevard Mexico Laredo 914</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>18/08/2021</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO <u></u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u></u>	
32.1 Localidad <u></u>	
32.2 Municipio o Alcaldía <u></u>	
32.3 Entidad federativa <u></u>	
32.4 Día Mes Año <u></u>	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA