



**41 987513227 SECRETARÍA DE SALUD SIND
2F 1972 EC CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN 408**

Modelo 2017,1

FOLI

212249933

***SI LA DEFUNCION NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUSPECTOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES**

1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A)		Ma de la Luz Acuña		Martinez	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
09 02 1972		<input checked="" type="radio"/> 99		Vigilante Carranza Tamaulipas SLP	
5. CURP AUML720209MSPCNR2021		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Especifique	
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 menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)		10.1 Tipo de vialidad Calle Principal		10.2 Nombre de la vialidad	
5 IN					
10.3 Núm. Exterior 319120		10.4 Núm. Interior 1 Aguaclie		10.5 Tipo de asentamiento humano Tamasopo	
10.7 Código Postal 79900		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Prescolar <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>		Primaria <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>		Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 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"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>		Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de la zona N° 6		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 914 Fraccionamiento		15.1 Tipo de vialidad Boulevard		15.2 Nombre de la vialidad Mexico Laredo	
15.3 Núm. Exterior 919000		15.4 Núm. Interior Ciudad Valles		15.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 01 06 2021 00:40		17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" 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. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 días	
Causas antecedentes Estados sanguíneos, si existieron al momento que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) COVID - 19 Debido a (o como consecuencia de)		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
{		c) Debido a (o como consecuencia de)		10 días	
d)		Dolorres Mell. 1.0 tipo 2		10 años	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo				Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>		El parto <input type="radio"/> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 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"/> Suicidio <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 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	
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		Área industrial <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calla o carretera <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> Rancho o parcela <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad	
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		22.7.11 Entidad federativa		22.7.12 Entidad federativa	
23. NOMBRE Griselda Monserrath Acuña		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Nombre(s)					
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>		Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro * <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 9878397 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Jose Manuel Mendoza Rodriguez		Primer Apellido		28. FIRMA	
Nombre(s)					
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Boulevard 19 de Enero		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad	
29.6 Nombre del asentamiento humano Ciudad Valles		29.7 Código Postal		29.8 Localidad	
29.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. , Libro Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 32.4 Día Mes Año	
31.1 Acta Núm.					
32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa		32.4 Día Mes Año	

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