



41987513227
2F1972EC

SECRETARÍA DE SALUD SINDA
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN 408
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

212249933

fe de erratas en el apartado 26
matrícula 3340803
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES



212249933

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Ma de la Luz</u> Primer Apellido <u>Acuña</u> Segundo Apellido <u>Martinez</u>	
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>03</u> Mes <u>02</u> Año <u>1972</u>	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Guerrero Tamasopo SLP</u>	
DEL FALLECIDO	5. CURP <u>AUM13202107MSPCAN202</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
DEL FALLECIDO	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>049</u> Se ignora <input type="radio"/> 9	
	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>Calle Principal</u> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad <u>SIN</u>	
DEL FALLECIDO	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 ISSSTE <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99	
DE LA DEFUNCIÓN	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Boulevard</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Mexico Laredo</u> 15.3 Núm. Exterior <u>914</u> 15.4 Núm. Interior <u>Fraccionamiento</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>19 de Enero</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 15.7 Código Postal <u>791000</u> 15.8 Localidad <u>Ciudad Valles</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa	
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>20</u> Mes <u>08</u> Año <u>2021</u> Horas <u>02</u> Minutos <u>40</u>	
DE LA DEFUNCIÓN	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
	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>COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Dolores Mellizos tipo 2</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>10 años</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>V0871</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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
DEL CERTIFICANTE	23. NOMBRE Nombre(s) <u>Griselda Monserrath</u> Primer Apellido <u>Acuña</u> Segundo Apellido <u>Martinez</u>	
	24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>	
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8	
DEL CERTIFICANTE	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>9828397</u>	
	27. NOMBRE Nombre(s) <u>Jose Manuel</u> Primer Apellido <u>Mendez</u> Segundo Apellido <u>Rodriguez</u>	
	28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
DEL REG. CIVIL	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Boulevard</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Mexico Laredo</u> 29.3 Núm. Exterior <u>914</u> 29.4 Núm. Interior <u>19 de Enero</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>791000</u> 29.7 Código Postal <u>Ciudad Valles</u> 29.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa	
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>20</u> Mes <u>08</u> Año <u>2021</u>	
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <u>31.1</u> Libro Núm. <u>31.2</u>	
DEL REG. CIVIL	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>32.2</u> Municipio o Alcaldía <u>32.3</u> Entidad federativa <u>32.4</u> Día <u>32.5</u> Mes <u>32.6</u> Año	

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