



4106862827 4
14198602

SECRETARÍA DE SALUD SINBA
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN 422

FOLIO
212249947

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE 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 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



212249947

1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>José Guadalupe</u> Primer Apellido <u>Placencia</u> Segundo Apellido <u>Landaverde</u>				
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>13</u> Mes <u>02</u> Año <u>1986</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP <u>PALG860213HSP LND06</u> Se ignora <input type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>03</u> Para menores de un día: Horas <u>05</u> Para menores de un mes: Días <u>03</u> Para personas de un año o más: Meses <u>03</u> Años cumplidos <u>03</u> Se ignora <input type="radio"/>		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 Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>Localidad</u> <u>El Vergel</u> 10.1 Tipo de vivienda <u>El Vergel</u> 10.2 Nombre de la vivienda <u>El Vergel</u> 10.3 Núm. Exterior <u>797601</u> 10.4 Núm. Interior <u>El Vergel</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Aquismón</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>797601</u> 10.8 Localidad <u>El Vergel</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Productor cañero</u> Se ignora <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> No <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"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>4106862827-14198602</u>		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"/> Hospital General de Zona #6 <u>14.1 Nombre de la unidad médica</u> <u>19 de Enero</u> <u>19 de Enero</u> <u>San Luis Potosí</u> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>Fraccionamiento</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>19 de Enero</u> 15.3 Núm. Exterior <u>797601</u> 15.4 Núm. Interior <u>El Vergel</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>797601</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>21</u> Mes <u>08</u> Año <u>2021</u> Horas <u>08</u> Minutos <u>45</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: para cardíaco, asfénia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Acidosis respiratoria</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Covid-19</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u></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 morboso que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>1 día</u> <u>5 días</u> 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: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input 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 type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" 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? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>19 de Enero</u>		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</u>		
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda <u>Fraccionamiento</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda <u>19 de Enero</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>797601</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>El Vergel</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 22.7.7 Código Postal <u>797601</u> 22.7.8 Localidad <u>Ciudad Valles</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 22.7.10 Entidad federativa				
23. NOMBRE Nombre(s) <u>José Luis</u> Primer Apellido <u>Placencia</u> Segundo Apellido <u>Landaverde</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermano</u>		
25. CERTIFICADA POR 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 <input type="radio"/> Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3223981</u> Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Alan</u> Primer Apellido <u>Cortes</u> Segundo Apellido <u>Roman</u>		28. FIRMA <u>Alan</u>		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>Fraccionamiento</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>19 de Enero</u> 29.3 Núm. Exterior <u>797601</u> 29.4 Núm. Interior <u>El Vergel</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>797601</u> 29.8 Localidad <u>Ciudad Valles</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>21</u> Mes <u>08</u> Año <u>2021</u>		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u></u> Libro Núm. <u></u> 31.1 Acta Núm. <u></u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u></u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u></u> 32.3 Entidad federativa <u></u> 32.4 Día <u></u> Mes <u></u> Año <u></u>		

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD