



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

212249950

\*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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS.

1. NOMBRE DEL(DEL) FALLECIDO(A) <b>J Santos Zapata Zacarias</b>		2. FECHA DE NACIMIENTO <b>10/11/1947</b>		3. SEXO <b>Hombre</b>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>San Luis Potosí</b>	
5. CURP <b>2AZIS4711101HSPICIN010</b>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <b>No</b>		7. NACIONALIDAD <b>Mexicana</b>		8. EDAD CUMPLIDA <b>73</b>	
9. ESTADO CONYUGAL <b>Separado(a)</b>		10. RESIDENCIA HABITUAL <b>Calle Julian de los Reyes, Colonia Las Brisas, El Naranjo, San Luis Potosí</b>		11. ESCOLARIDAD <b>Primaria</b>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>Obrero</b>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <b>IMSS</b>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>Hospital General Zona 6</b>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>Boulevard Fraccionamiento 914, Ciudad Valles, San Luis Potosí</b>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>22/08/2021 08:55</b>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <b>No</b>		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? <b>No</b>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN <b>Acidosis</b>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <b>COVID-19</b>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <b>No</b>		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: <b>Accidente</b>		23. SITIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN <b>Área industrial</b>		24. PARENTESCO CON EL(EL) FALLECIDO(A) <b>Hijo</b>	
25. CERTIFICADA POR <b>Médico tratante</b>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>3223481</b>		27. NOMBRE <b>Abn Cortes Roman</b>		28. FIRMA <b>[Firma]</b>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <b>19 de Enero, Fraccionamiento 914, Ciudad Valles, San Luis Potosí</b>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>22/08/2021</b>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO <b>Núm. 1, Libro Núm. 1</b>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <b>Localidad: Ciudad Valles, San Luis Potosí</b>	

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