



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

212249951

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.



212249951

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) <u>Humberto Gabriel Aguirre</u> <u>Cruz</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>10/07/1982</u>	3. SEXO <u>Hombre</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Mujer</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>AUCH820704HSPGRMO7</u>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <u>No</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Si</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD <u>Mexicana</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Otra</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA <u>039</u> <u>Años cumplidos</u>	
9. ESTADO CONYUGAL <u>Separado(a)</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Viudo(a)</u> <input type="radio"/> <u>Casado(a)</u> <input type="radio"/> <u>En unión libre</u> <input type="radio"/> <u>Divorciado(a)</u> <input type="radio"/> <u>Soltero(a)</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL <u>Avenida Miguel Hidalgo y Costilla</u> <u>Nuevo Ahuacatilla</u> <u>Tamun</u> <u>San Luis Potosí</u>	
11. ESCOLARIDAD <u>Ninguna</u> <input type="radio"/> <u>Preescolar</u> <input type="radio"/> <u>Primaria</u> <input type="radio"/> <u>Secundaria</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Bachillerato o preparatoria</u> <input type="radio"/> <u>Profesional</u> <input type="radio"/> <u>Posgrado</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Chirero</u> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <u>IMSS</u> <input checked="" type="radio"/> <u>ISSSTE</u> <input type="radio"/> <u>SEDENA</u> <input type="radio"/> <u>Seg. Popular / INSABI</u> <input type="radio"/> <u>Otra</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Hospital General Zona 6</u> <u>14.1 Nombre de la unidad médica</u> <u>Vía pública</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Otro lugar</u> <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Boulevard 914</u> <u>Fraccionamiento 19 de Enero</u> <u>Ciudad Valles</u> <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>22/08/2021</u> <u>11:40</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <u>Si</u> <input checked="" type="radio"/> <u>No</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? <u>Si</u> <input type="radio"/> <u>No</u> <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfisia, 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></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 moribundo que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <u>Código CIE</u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: <u>El embarazo</u> <input type="radio"/> <u>El parto</u> <input type="radio"/> <u>El puerperio</u> <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> <u>No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte</u> <input checked="" type="radio"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <u>Si</u> <input type="radio"/> <u>No</u> <input checked="" type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <u>Si</u> <input type="radio"/> <u>No</u> <input checked="" type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto <u>Accidente</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Homicidio</u> <input type="radio"/> <u>Suicidio</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <u>Si</u> <input type="radio"/> <u>No</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión <u>Vivienda particular</u> <input type="radio"/> <u>Área deportiva</u> <input type="radio"/> <u>Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)</u> <input type="radio"/> <u>Calle o carretera (vía pública)</u> <input type="radio"/> <u>Escuela u oficina pública</u> <input type="radio"/> <u>Área comercial o de servicio</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>Área industrial (taller, fábrica u obra)</u> <input type="radio"/> <u>Granja (rancho o parcela)</u> <input type="radio"/> <u>Otro</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>	
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 Añote 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 <u></u> 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>	
DEL CERTIFICANTE	
23. NOMBRE <u>Graciela Aguirre Hernández</u> <u>Pade</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) <u>Pade</u>	
25. CERTIFICADA POR <u>Médico tratante</u> <input type="radio"/> <u>Médico legista</u> <input type="radio"/> <u>Otro médico</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Subdirector</u> <u>32 23 981</u>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>32 23 981</u>	
27. NOMBRE <u>Alan Cortes Roman</u> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>	
28. FIRMA <u></u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Boulevard 914</u> <u>Fraccionamiento 19 de Enero</u> <u>Ciudad Valles</u> <u>San Luis Potosí</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>22/08/2021</u>	
DEL REG. CIVIL	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <u>Núm.</u> <u>Libro Núm.</u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u>32.1 Localidad</u> <u>32.2 Municipio o Alcaldía</u> <u>32.3 Entidad federativa</u> <u>32.4 Día</u> <u>32.5 Mes</u> <u>32.6 Año</u>	

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