



02205734409
IFIAS702

SECRETARÍA DE SALUD SINBA
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN 434

FOLIO

212250066

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 DE 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

G-11

50
026

1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) Virginia Valencia Garcia Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO 21/05/1957 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP VAGV4710521MSPILRR02 Se ignora <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <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"/>
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año o más: Meses Años cumplidos 069 Se ignora <input type="radio"/>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(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>Av. L. J. L. 914</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>Local</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>El Jabali</u> 10.3 Núm. Exterior <u>199760</u> 10.4 Núm. Interior <u>914</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Agusmon</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>77100</u> 10.8 Localidad <u>Agusmon</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"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input checked="" 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"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>0220573440-1E195702</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Hospital General de Zona #6 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Zona #6</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>1901</u>			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Mexico Laredo</u> 15.3 Núm. Exterior <u>199010</u> 15.4 Núm. Interior <u>914</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>77100</u> 15.8 Localidad <u>Ciudad Valles</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 23/08/2021 16:45 Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input 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 (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) COVID-19 b) Paro respiratorio c) Paro cardíaco, no especificado d) Neumonía debida a otros virus Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 5 días 15 minutos 15 minutos 5 días 3 años 3 años Uso exclusivo del personal codificador Código CIE U071 R092 I469 J189 I10X E119	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE U071		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"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input 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? Sí <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"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <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) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <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		22.7 Añote 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	
23. NOMBRE Noelia Marquez Valencia Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" 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 1617882 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Luisa Blasquez Diaz Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Mexico Laredo</u> 29.3 Núm. Exterior <u>199010</u> 29.4 Núm. Interior <u>914</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>77100</u> 29.8 Localidad <u>Ciudad Valles</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 23/08/2021 Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. Libro Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 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 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA