



41735510400
641433PE

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

SINBA
436

FOLIO
212250071

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



212250071

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Carlos</u> Primer Apellido <u>Martinez</u> Segundo Apellido <u>Sanchez</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>11</u> Mes <u>09</u> Año <u>1933</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>MA5C330911HSPRINR010</u>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: <u>0</u> años <u>8</u> meses <u>17</u> días Para menores de un mes: <u>0</u> meses <u>0</u> días Para menores de un día: <u>0</u> días	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>Calle Carlos Sarabia</u> <u>Colonia La Encarnación</u> 10.1 Tipo de vivienda <u>150</u> 10.2 Nombre de la vivienda <u>La Encarnación</u> 10.3 Núm. Exterior <u>7193110</u> 10.4 Núm. Interior <u>150</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>El Naranjo</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>7193110</u> 10.8 Localidad <u>El Naranjo</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <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"/> Si <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"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General Zona 6</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>4173551040</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>914</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>Trancoramiento</u> 15.3 Núm. Exterior <u>914</u> 15.4 Núm. Interior <u>19 de Enero</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Vallas</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>7193110</u> 15.8 Localidad <u>Ciudad Vallas</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 Día <u>24</u> Mes <u>08</u> Año <u>2021</u> Horas <u>10</u> Minutos <u>15</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 (Anotar 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>Suspecha de coronavirus SARS-CoV2</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Hipertensión esencial primaria</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>J960</u> <u>U072</u> <u>110X</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"/> 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"/>	
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 Anote 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 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>Boulevard Trancoramiento</u> 22.7.1 Tipo de vivienda <u>914</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda <u>19 de Enero</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>914</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>19 de Enero</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Vallas</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 22.7.7 Código Postal <u>7193110</u> 22.7.8 Localidad <u>Ciudad Vallas</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
23. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) <u>Ricardo</u> Primer Apellido <u>Martinez</u> Segundo Apellido <u>Amador</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>	
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 <u>11 59 9424</u>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional <u>11 59 9424</u>	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) <u>Jose Mauricio</u> Primer Apellido <u>Maquez</u> Segundo Apellido <u>Salazar</u>	
28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>19 de Enero</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>19 de Enero</u> 29.3 Núm. Exterior <u>7193110</u> 29.4 Núm. Interior <u>19 de Enero</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Vallas</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>7193110</u> 29.8 Localidad <u>Ciudad Vallas</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u>7193110</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>24</u> Mes <u>08</u> Año <u>2021</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>110X</u> Libro Núm. <u>110X</u> 31.1 Acta Núm. <u>110X</u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Ciudad Vallas</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día <u>24</u> Mes <u>08</u> Año <u>2021</u>	

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