



4186340044
SF1034PE

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

SINBA
440

FOLIO
212250075

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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



212250075

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) Juana Padilla Pina		2. FECHA DE NACIMIENTO 07/02/1934		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí
	5. CURP DAPJ3410207MSPD11NO7		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: <input type="text"/> Para menores de un día: <input type="text"/> Para menores de un mes: <input type="text"/> Para menores de un año o más: 087 Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Vuelto(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a): Calle 10.1 Tipo de vialidad: 10.2 Nombre de la vialidad: San Felipe	
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input 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: Sí <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"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
DE LA DEFUNCIÓN	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEXEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> 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"/>		14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Zona #06		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad: 15.2 Nombre de la vialidad: 15.3 Núm. Exterior: 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: 15.6 Nombre del asentamiento humano: 15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: 15.9 Municipio o Alcaldía: 15.10 Entidad federativa:		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 24/08/2021 17:60		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" 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 (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) Paro cardíaco no especificado Debido a (o como consecuencia de): b) Paro respiratorio Debido a (o como consecuencia de): c) Neumonía debida a otros virus Debido a (o como consecuencia de): d) Covid-19 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo: Hipertensión esencial (primaria)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 10 minutos 30 minutos 8 días 8 días Años	
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 1469		21.1 ¿La defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años? 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"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	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"/>	
	22.5 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: 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 Rosal Divorciado Padilla		24. PARENTESCO CON EL(LE LA) FALLECIDO(A) Hija		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"/>	
	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 1154828		27. NOMBRE Eduardo Blasquez Diaz		28. FIRMA:	
DEL CERTIFICANTE	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad: 29.2 Nombre de la vialidad: 29.3 Núm. Exterior: 29.4 Núm. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: 29.6 Nombre del asentamiento humano: 29.7 Código Postal: 29.8 Localidad: 29.9 Municipio o Alcaldía: 29.10 Entidad federativa: 29.11 Teléfono:		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 24/08/2021		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm.: Libro Núm.: 31.1 Acta Núm.:	
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: 32.2 Municipio o Alcaldía: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día: 32.5 Mes: 32.6 Año:		33. NOMBRE DEL CERTIFICANTE 33.1 Tipo de vialidad: 33.2 Nombre de la vialidad: 33.3 Núm. Exterior: 33.4 Núm. Interior: 33.5 Tipo de asentamiento humano: 33.6 Nombre del asentamiento humano: 33.7 Código Postal: 33.8 Localidad: 33.9 Municipio o Alcaldía: 33.10 Entidad federativa: 33.11 Teléfono:		34. NOMBRE DEL CERTIFICANTE 34.1 Tipo de vialidad: 34.2 Nombre de la vialidad: 34.3 Núm. Exterior: 34.4 Núm. Interior: 34.5 Tipo de asentamiento humano: 34.6 Nombre del asentamiento humano: 34.7 Código Postal: 34.8 Localidad: 34.9 Municipio o Alcaldía: 34.10 Entidad federativa: 34.11 Teléfono:	
	35. NOMBRE DEL CERTIFICANTE 35.1 Tipo de vialidad: 35.2 Nombre de la vialidad: 35.3 Núm. Exterior: 35.4 Núm. Interior: 35.5 Tipo de asentamiento humano: 35.6 Nombre del asentamiento humano: 35.7 Código Postal: 35.8 Localidad: 35.9 Municipio o Alcaldía: 35.10 Entidad federativa: 35.11 Teléfono:		36. NOMBRE DEL CERTIFICANTE 36.1 Tipo de vialidad: 36.2 Nombre de la vialidad: 36.3 Núm. Exterior: 36.4 Núm. Interior: 36.5 Tipo de asentamiento humano: 36.6 Nombre del asentamiento humano: 36.7 Código Postal: 36.8 Localidad: 36.9 Municipio o Alcaldía: 36.10 Entidad federativa: 36.11 Teléfono:		37. NOMBRE DEL CERTIFICANTE 37.1 Tipo de vialidad: 37.2 Nombre de la vialidad: 37.3 Núm. Exterior: 37.4 Núm. Interior: 37.5 Tipo de asentamiento humano: 37.6 Nombre del asentamiento humano: 37.7 Código Postal: 37.8 Localidad: 37.9 Municipio o Alcaldía: 37.10 Entidad federativa: 37.11 Teléfono:	
	38. NOMBRE DEL CERTIFICANTE 38.1 Tipo de vialidad: 38.2 Nombre de la vialidad: 38.3 Núm. Exterior: 38.4 Núm. Interior: 38.5 Tipo de asentamiento humano: 38.6 Nombre del asentamiento humano: 38.7 Código Postal: 38.8 Localidad: 38.9 Municipio o Alcaldía: 38.10 Entidad federativa: 38.11 Teléfono:		39. NOMBRE DEL CERTIFICANTE 39.1 Tipo de vialidad: 39.2 Nombre de la vialidad: 39.3 Núm. Exterior: 39.4 Núm. Interior: 39.5 Tipo de asentamiento humano: 39.6 Nombre del asentamiento humano: 39.7 Código Postal: 39.8 Localidad: 39.9 Municipio o Alcaldía: 39.10 Entidad federativa: 39.11 Teléfono:		40. NOMBRE DEL CERTIFICANTE 40.1 Tipo de vialidad: 40.2 Nombre de la vialidad: 40.3 Núm. Exterior: 40.4 Núm. Interior: 40.5 Tipo de asentamiento humano: 40.6 Nombre del asentamiento humano: 40.7 Código Postal: 40.8 Localidad: 40.9 Municipio o Alcaldía: 40.10 Entidad federativa: 40.11 Teléfono:	

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