



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
212250083

DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HABILES POSTERIORES A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS SUELTOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS SUELTOS OBLIGADOS

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL (DE LA) FALLECIDO(A) Jose Guadalupe Amparo Carrera Primer Apellido Dugore Segundo Apellido 2. FECHA DE NACIMIENTO 11 10 1951 Dia Mes Año 3. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora O₉ 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) 5. CURP CADIGS71D11HSPRQD02 Se ignora O₉₉ 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input checked="" type="radio"/> Sí O₁ <input type="radio"/> No O₂ <input type="radio"/> Se ignora O₉ 7. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> Mexicana O₁ <input type="radio"/> Otra O₂ → Especifique Se ignora O₉ 8. EDAD Para menores de una hora <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Para personas de un año o más CUMPLIDA Minutos Horas Días Meses Años cumplidos 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) O₆ Viudo(a) O₂ Casado(a) O₅ En unión libre O₄ Divorciado(a) O₃ Soltero(a) O₁ Se ignora O₉ 10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) Calle 35 Colonia Cardenás 10.1 Tipo de vialidad 20 de Noviembre Morelos 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior 1191280 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Número del asentamiento humano San Luis Potosí 10.7 Código Postal 19000 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) 11. ESCOLARIDAD Ninguna O₁ Preescolar O₁₂ Primaria O₃ Secundaria O₅ 11.1 La escolaridad seleccionada es: Bachillerato o preparatoria O₇ Profesional O₈ Posgrado O₁₀ Se ignora O₉₉ Completa O₁ Incompleta O₂ 12.1 Trabajaba Sí O₁ No O₂ Se ignora O₉ 12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora O₉₉ 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna O₁ ISSSTE O₃ SEDENA O₅ Seg. Popular / INSABI O₇ Otra O₈ DE SALUD IMSS O₂ PEMEX O₄ SEMAR O₆ IMSS BIENESTAR O₁₀ Se ignora O₉₉ 13.1 Número de seguridad social o afiliación 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud O₁ IMSS O₃ PEMEX O₅ SEMAR O₇ 14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de Tlaxco Unidad médica privada O₈ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad Via pública O₁₀ Otro lugar O₁₂ 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior 1100 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 19000 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 25 08 2021 17 34 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí O₁ No O₂ Se ignora O₉ 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí O₁ No O₂ 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estos trastornos, si existieron alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) Diabetes mellitus no insulinodependiente con cetosis Debido a (o como consecuencia de) c) Sospecha de Coronavirus SARS CoV 2 Debido a (o como consecuencia de) d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE UO72 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí O₁ No O₂ 21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí O₁ No O₂ 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo O₁ El parto O₂ El puerperio O₃ 21.4 Año 2021 Uso exclusivo del personal codificador 43 días a 11 meses O₄ No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte O₅ 22.2 Sitio donde ocurrió la lesión Área industrial O₆ después del parto o aborto O₆ Se ignora O₉ 22.3 Vivienda particular O₀ Área deportiva O₃ Granja O₇ 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) 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 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Nombre(s) Juan Primer Apellido Perez Segundo Apellido Hijo 25. CERTIFICADA POR Médico tratante O₁ Médico legista O₂ Otro médico O₃ Persona autorizada por la Secretaría de Salud O₄ Autoridad civil* O₅ Otro* O₈ *Especifique 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1617882 Número de la cédula profesional 27. NOMBRE Eduardo Rivero Diaz 28. FIRMA Rivero Diaz Nombre(s) Eduardo Primer Apellido Rivero Segundo Apellido 29. DOMICILIO Y TELÉFONO Residencial - 1000 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 Col. Centro 29.7 Código Postal 19000 29.8 Localidad Villahermosa 29.11 Teléfono 7000000000 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 25 08 2021 29.9 Municipio o Alcaldía Centro 29.10 Entidad federativa Tabasco 32.1 Día 25 32.2 Municipio o Alcaldía Villahermosa 32.3 Entidad federativa Tabasco 32.4 Mes 08 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 31. Acta Núm. _____ 32.2 Municipio o Alcaldía _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Año _____ 32.4 Día _____, Mes _____, Año _____									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

212250083