



41816006096
SM1960PE

SECRETARÍA DE SALUD SINBA
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

212250091

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

C-3

25
MED
INT

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) Raymundo Martinez Martinez		2. FECHA DE NACIMIENTO 15/03/1960		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP MA MR 101013115 HIS PR 191018		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"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: Horas: Para menores de un día: Para menores de un mes: Para menores de un año: Para personas de un año o más: 06 1 Años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) San Marcos 10.1 Tipo de vivienda: Colonia 10.2 Nombre de la vivienda: Fernandito y Andakua 10.3 Núm. Exterior: 79020 10.4 Núm. Interior: 20 10.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles 10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 10.7 Código Postal: 79020 10.8 Localidad: Ciudad Valles 10.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Ocupación: Vendedor		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación: 41816006096 SM1960PE	
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"/> 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 Zona 6, Ciudad Valles 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 914		15. DOMICILIO DONDE SUGEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Boulevard 15.2 Nombre de la vivienda: Mexico Laredo 15.3 Núm. Exterior: 79000 15.4 Núm. Interior: 19 15.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles 15.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 15.7 Código Postal: 79000 15.8 Localidad: Ciudad Valles 15.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 27/08/2021 02:24		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 PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de): b) Choque séptico Debido a (o como consecuencia de): c) COVID-19 Debido a (o como consecuencia de): d) Diabetes Mellitus tipo 2 Hipertensión arterial		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 48 horas 72 horas 4 días 2 años 2 años		Código CIE: J960 R572 U071 E119 I10X	
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"/> 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 checked="" 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 otra) <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 vivienda: 22.7.2 Nombre de la vivienda: 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 DEL CERTIFICANTE Nombre(s): Julio Cesar Cortés Primer Apellido: Cortés Segundo Apellido: Martinez 23.1 Tipo de vialidad: 19 de Enero 23.2 Nombre de la vialidad: 79020 23.3 Núm. Exterior: 79020 23.4 Núm. Interior: 79020 23.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles 23.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 23.7 Código Postal: 79020 23.8 Localidad: Ciudad Valles 23.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 23.10 Entidad federativa: San Luis Potosí 23.11 Teléfono: 4818888888		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Curado		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"/> 25.1 Tipo de vialidad: 19 de Enero 25.2 Nombre de la vialidad: 79020 25.3 Núm. Exterior: 79020 25.4 Núm. Interior: 79020 25.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles 25.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 25.7 Código Postal: 79020 25.8 Localidad: Ciudad Valles 25.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 25.10 Entidad federativa: San Luis Potosí 25.11 Teléfono: 4818888888		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 1979285	
27. NOMBRE DEL REG. CIVIL Nombre(s): Julio Cesar Cortés Primer Apellido: Cortés Segundo Apellido: Martinez 27.1 Tipo de vialidad: 19 de Enero 27.2 Nombre de la vialidad: 79020 27.3 Núm. Exterior: 79020 27.4 Núm. Interior: 79020 27.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles 27.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 27.7 Código Postal: 79020 27.8 Localidad: Ciudad Valles 27.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 27.10 Entidad federativa: San Luis Potosí 27.11 Teléfono: 4818888888		28. FIRMA [Firma]		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN 27/08/2021		30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad: 30.2 Municipio o Alcaldía: 30.3 Entidad federativa: 30.4 Día: 30.5 Mes: 30.6 Año:	

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

DATOS RESULTANTES DE LA INVESTIGACION EPIDEMIOLÓGICA