



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

212251201

*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 15 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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s): <u>Victoria Ramirez</u> Apellido(s): <u>Ortiz</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO Día: <u>2</u> Mes: <u>8</u> Año: <u>1957</u>		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>
5. CURP <u>R40V570728NSPNAIC03</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐ Se ignora ☐	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: Para menores de un día: Días: Para menores de un mes: Meses: Para menores de un año: Años: Para personas de un año o más: Años completos: <u>64</u> Se ignora ☐		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Antes al domicilio permanente donde vivía esta(s) fallecido(a): <u>Calle</u> 10.1 Tipo de vivienda: <u>5</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Lázaro Cárdenas</u>	
10.3 Num. Exterior: <u>799400</u> 10.4 Num. Interior: <u>San Antonio Xalisco II</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Xilitla</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u>		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☒		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seg. Popular / IMSS ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ Se ignora ☒		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital ☒ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital Base Comunitaria Xilitla</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES): <u>SP315A011711414</u>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>San Juan del Río - Xilitla</u>	
15.3 Num. Exterior: <u>799400</u> 15.4 Num. Interior: <u>San Antonio Xalisco II</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Xilitla</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: <u>2</u> Mes: <u>8</u> Año: <u>2021</u> Horas: <u>16</u> Minutos: <u>15</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	

DE LA DEFUNCIÓN

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de muerte, ejemplos: paro cardíaco, asfixia, etc.) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) <u>Síndrome de Distress respiratorio grave</u> Debido a (o como consecuencia de): b) <u>Neumonía atípica secundaria a Covid-19</u> Debido a (o como consecuencia de): c) <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u> Debido a (o como consecuencia de): d) <u>Hipertensión arterial sistólica</u>		Intervento aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <u>10 días</u> <u>10 días</u> <u>10 años</u> <u>10 años</u>		Código CE: 	
---	--	---	--	----------------------------	--

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 15 A 54 AÑOS, 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones asociadas al embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒		21.3 ¿Las causas anotadas corresponden al embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒		22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		22.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular ☐ Área deportiva (paseo, recreación, etc.) ☐ Vivienda colectiva (vivienda, restaurante, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicios ☐ Se ignora ☐		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con ella(s) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u otra) ☐ Área deportiva (paseo, recreación, etc.) ☐ Área pública (parque, plaza o similar) ☐ Área comercial o de servicios ☐ Se ignora ☐	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: <u>5</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u>San Juan del Río - Xilitla</u>		22.7.3 Num. Exterior: <u>799400</u> 22.7.4 Num. Interior: <u>San Antonio Xalisco II</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Xilitla</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u>		22.7.7 Código Postal: <u>799400</u> 22.7.8 Localidad: <u>San Antonio Xalisco II</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>Xilitla</u> 22.7.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	

DEL INF

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

23. NOMBRE DEL INFANTE Nombre(s): <u>Sabino</u> Apellido(s): <u>Martinez Ramirez</u>		24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>	
25. CERTIFICADA POR: Médico legista ☐ Médico general ☒ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad del ☐ Otro ☐		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: <u>09853082</u>	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s): <u>José Pipino</u> Apellido(s): <u>Martinez Ramirez</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>5</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>San Juan del Río - Xilitla</u> 29.3 Num. Exterior: <u>799400</u> 29.4 Num. Interior: <u>San Antonio Xalisco II</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Xilitla</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: <u>29</u> Mes: <u>8</u> Año: <u>2021</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Num. Libro Num. 31.3 Año Num. 31.4		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>San Antonio Xalisco II</u> 32.2 Municipio o Alcaldía: <u>Xilitla</u> 32.3 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día: <u>29</u> Mes: <u>8</u> Año: <u>2021</u>	

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