

SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCION

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

212291403

1. NOMBRE DEL(DELA) FALLECIDO(A) Soledad Flores Estrada		2. FECHA DE NACIMIENTO 22 03 1991		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí
5. CURP FOES410322MSPLSL07		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: Para menores de un día: Horas: Para menores de un mes: Días: Para menores de un año: Meses: Para personas de un año o más: Años cumplidos: 0 8 0		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separadista ☐ Divorciadista ☐ Viudista ☒ Solista ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el(los) fallecido(s): Prolongación Vicente Guerrero Localidad Chapulhuacán	
10.3 Núm. Exterior: 799980 10.4 Núm. Interior: 799980		10.5 Tipo de asentamiento humano Tamazunchale		10.6 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Bachillerato ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		11.1 La escolaridad concluida es: Completa ☐ Incompleta ☒		12. OCUPACIÓN HABITUAL Ama de casa	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seg. Popular (INSABI) ☐ Otra ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación		13.2 Tipo de unidad médica Vía pública ☒ Otro lugar ☐	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ IMSS BIENESTAR ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION 15.1 Tipo de vivienda: Carretera		15.2 Nombre de la vivienda: Federal		15.3 Núm. Exterior: 799980 15.4 Núm. Interior: 799980	
15.5 Tipo de asentamiento humano: Tamazunchale		15.6 Nombre del asentamiento humano: Chapulhuacán		15.7 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí	
15.8 Localidad: San Luis Potosí		15.9 Entidad federativa: San Luis Potosí		15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION Año: 2020 Mes: 12 Día: 21 Hora: 12:00		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anotar una sola causa en cada renglón. Evitar señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, estrope, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Insuficiencia Respiratoria Aguda. 1 día. b) Neumonía Atípica por pble. Covid 19. 5 días. PARTE II Otras causas patológicas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o lesión principal que la produjo:		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 1 día.		Código CIE	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCION Código CIE		21. ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒		22. ¿Se practicó necropsia? Sí ☐ No ☒	
22.1 Si la defunción corresponde a una mujer de 14 a 54 años: 22.1.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒		22.2 Si la muerte fue accidental o violenta: 22.2.1 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		22.3 Si la muerte fue accidental o violenta: 22.3.1 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s):		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describir brevemente la situación, circunstancias y hechos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:	
22.7 Anotar 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: 799980 22.7.4 Núm. Interior: 799980		22.7.5 Tipo de asentamiento humano: Tamazunchale		22.7.6 Nombre del asentamiento humano: Chapulhuacán	
22.7.7 Código Postal: 799980		22.7.8 Localidad: San Luis Potosí		22.7.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí	
22.7.10 Entidad federativa: San Luis Potosí		22.7.11 Entidad federativa: San Luis Potosí		22.7.12 Entidad federativa: San Luis Potosí	
23. NOMBRE DEL INF. Marcos Cruz Flores		24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(A) Hijo		25. CERTIFICADA POR: Médico legista ☒ Médico legista ☐ Otro profesional ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐	
26. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Brenda Rubio Lopez Zavala		27. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle Xochiquetzal Esq. Tamayachatl Ba.		28. FECHA DE CERTIFICACIÓN 19/10/2021	
29. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Tamazunchale		31. FECHA DE REGISTRO 19/10/2021	