



4199640512  
1M19680R

SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

212251813

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE VERIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE ALIMBIAR LOS DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

212251813

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| 1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A)<br><b>Jose de Jesus Medina Acuña</b>   |  | 3. SEXO<br><input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>  |  | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br><b>San Luis Potosí</b>  |  |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO<br><b>21/10/1968</b>   |  | 5. CURP<br><b>MEASJG501021HSPIDIC503</b>  |  | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br><input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |  |
| 7. NACIONALIDAD<br><input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |  | 8. EDAD CUMPLIDA<br>Para menores de una hora: <input type="text"/> Minutos <input type="text"/><br>Para menores de un día: <input type="text"/> Horas <input type="text"/><br>Para menores de un mes: <input type="text"/> Días <input type="text"/><br>Para menores de un año: <input type="text"/> Meses <input type="text"/><br>Para personas de un año o más: <b>053</b> Años cumplidos <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |  | 9. ESTADO CONYUGAL<br><input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |  |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL<br>Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a): <b>1er callejón</b><br><b>SN</b> <b>Marchena</b><br>10.1 Tipo de vivienda: <b>29121212</b><br>10.2 Nombre de la vivienda: <b>San Luis Potosí</b><br>10.3 Núm. Exterior: <b>29121212</b> 10.4 Núm. Interior: <b>29121212</b> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <b>Tamasopo</b><br>10.6 Nombre del asentamiento humano: <b>San Luis Potosí</b><br>10.7 Código Postal: <b>29121212</b> 10.8 Localidad: <b>San Luis Potosí</b> 10.9 Municipio o Alcaldía: <b>San Luis Potosí</b> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <b>San Luis Potosí</b>  |  | 11. ESCOLARIDAD<br><input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Tercera <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<br><input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Trabajaba <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>  |  |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br><input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEXE <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <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"/>  |  | 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br><input type="radio"/> Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEXE <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"/> Se ignora <input type="radio"/>   |  | 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>15.1 Tipo de vivienda: <b>15.1</b> 15.2 Nombre de la vivienda: <b>15.2</b><br>15.3 Núm. Exterior: <b>15.3</b> 15.4 Núm. Interior: <b>15.4</b> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <b>15.5</b> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <b>15.6</b><br>15.7 Código Postal: <b>15.7</b> 15.8 Localidad: <b>15.8</b> 15.9 Municipio o Alcaldía: <b>15.9</b> 15.10 Entidad federativa: <b>15.10</b>   |  |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br><b>06/09/2021 01:12</b>   |  | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br><input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>  |  | 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?<br><input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |  |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)<br>PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente:<br>a) <b>Insuficiencia Respiratoria Aguda</b><br>Debido a (o como consecuencia de): <b>COVID-19</b><br>b) <b>COVID-19</b><br>Debido a (o como consecuencia de): <b>COVID-19</b><br>c) <b>COVID-19</b><br>Debido a (o como consecuencia de): <b>COVID-19</b><br>d) <b>COVID-19</b><br>Debido a (o como consecuencia de): <b>COVID-19</b><br>PARTE II<br>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo:<br><b>Diabetes Mellitus asociada a desnutrición</b><br><b>Hipertensión esencial (primaria)</b> |  | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte:<br><b>2 días</b><br><b>2 días</b><br><b>20 años</b><br><b>20 años</b>  |  | Uso exclusivo del personal codificador<br>Código CIE<br><b>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b><br>Código CIE<br><b>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b><br>Código CIE  |  |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/><br>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 type="radio"/>  |  | 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:<br>22.1 Fue un presunto:<br><input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión:<br><input type="radio"/> 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"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |  | 23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:<br>23.1 Fue un presunto:<br><input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>23.3 Sitio donde ocurrió la lesión:<br><input type="radio"/> 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"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |  |
| 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)<br><b>Señal</b>  |  | 25. CERTIFICADA POR<br>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"/> *Especifique: <b>4199640512</b>   |  | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br>Número de la cédula profesional: <b>4199640512</b>  |  |
| 27. NOMBRE<br><b>Luis Ernesto Palacios Davila</b>   |  | 28. FIRMA<br><b>Luis Ernesto Palacios Davila</b>  |  | 29. DOMICILIO Y TELÉFONO<br>29.1 Tipo de vivienda: <b>29.1</b> 29.2 Nombre de la vivienda: <b>29.2</b><br>29.3 Núm. Exterior: <b>29.3</b> 29.4 Núm. Interior: <b>29.4</b> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <b>29.5</b><br>29.6 Nombre del asentamiento humano: <b>29.6</b> 29.7 Código Postal: <b>29.7</b> 29.8 Localidad: <b>29.8</b> 29.9 Municipio o Alcaldía: <b>29.9</b> 29.10 Entidad federativa: <b>29.10</b> 29.11 Teléfono: <b>29.11</b>  |  |
| 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br><b>06/09/2021</b>   |  | 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO<br>Núm. <b>31.1</b> Libro Núm. <b>31.2</b>  |  | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO<br>32.1 Localidad: <b>32.1</b> 32.2 Municipio o Alcaldía: <b>32.2</b> 32.3 Entidad federativa: <b>32.3</b> 32.4 Día: <b>32.4</b> Mes: <b>32.5</b> Año: <b>32.6</b>  |  |

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





4144640312  
1M19680R

SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

212251813

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE INSCRIBIR EN EL ESPACIO 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

212251813

|               |  |  |
|---------------|--|--|
| DEL FALLECIDO | 1. NOMBRE DEL(DEL LA) FALLECIDO(A)<br><b>Jose de Jesus Medina Acuña</b>                          |  |
|               | 2. FECHA DE NACIMIENTO<br><b>21/10/1968</b>  |  |
|               | 3. SEXO<br><b>Hombre</b>   |  |
|               | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br><b>San Luis Potosí</b>   |  |
| DEL FALLECIDO | 5. CURP<br><b>MEATJG501021HSPIDIC5103</b>  |  |
|               | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br><b>No</b>   |  |
|               | 7. NACIONALIDAD<br><b>Mexicana</b>   |  |
|               | 8. EDAD CUMPLIDA<br><b>053</b>   |  |
| DEL FALLECIDO | 9. ESTADO CONYUGAL<br><b>Separado(a)</b>   |  |
|               | 10. RESIDENCIA HABITUAL<br><b>San Luis Potosí</b>  |  |
|               | 11. ESCOLARIDAD<br><b>Primaria</b>   |  |
|               | 12. OCUPACIÓN HABITUAL<br><b>Trabajador</b>  |  |
| DEL FALLECIDO | 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br><b>IMSS</b>   |  |
|               | 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br><b>Hospital General de San Luis Potosí</b>               |  |
|               | 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br><b>San Luis Potosí</b>                               |  |
|               | 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br><b>06/09/2021 01:22</b>                                      |  |
| DEL FALLECIDO | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br><b>Si</b>        |  |
|               | 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?<br><b>No</b>   |  |
|               | 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN<br><b>Insuficiencia Respiratoria Aguda</b>                            |  |
|               | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br><b>Diabetes Mellitus asociada a desnutrición</b>                |  |
| DEL FALLECIDO | 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br><b>No</b>                         |  |
|               | 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE<br><b>Accidente</b>                      |  |
|               | 23. SI LA MUERTE FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO:<br><b>179010101</b> |  |
|               | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)<br><b>Hijo</b>  |  |
| DEL FALLECIDO | 25. CERTIFICADA POR<br><b>Médico tratante</b>  |  |
|               | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br><b>Si</b>  |  |
|               | 27. NOMBRE<br><b>Luis Ernesto Palacios Davila</b>  |  |
|               | 28. FIRMA<br><b>[Firma]</b>  |  |
| DEL FALLECIDO | 29. DOMICILIO Y TELÉFONO<br><b>San Luis Potosí</b>   |  |
|               | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br><b>06/09/2021</b>  |  |
|               | 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO<br><b>Si</b>                             |  |
|               | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO<br><b>San Luis Potosí</b>  |  |

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