

4144640512  
1719680RSECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

212251813

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SI LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DE SU FAMILIAR NO FUE LEYENDA EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS SIGUIENTES A SU DEFUNCIÓN, LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

C-11 25 MED NT DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Jose de Jesus Medina		Primer Apellido	Segundo Apellido	
	2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí	
	Día Mes Año			Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
	5. CURP	MEAJG800621HISPIDC503		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD	
		Se ignora <input type="radio"/> 99		Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
	8. EDAD	Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más
	CUMPLIDA	Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos
		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	0153 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)				
		10.1 Tipo de vivienda	10.2 Nombre de la vivienda	10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano
			71971221	710921	710921	
	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
DE LA DEFUNCIÓN	11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5		11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	
	Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7	IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10	8.3 Peso (gramos):	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 Sí <input checked="" type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	419960512 1106302
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica	Via pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12
	IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99		
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.1 Tipo de vivienda	15.2 Nombre de la vivienda	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano
				719000	710921	710921
		15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa	
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	16.1 Día	16.2 Mes	16.3 Año	16.4 Horas	16.5 Minutos
		01	09	2021	10	12
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	19.1 Parte I				
	Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Insuficiencia Respiratoria Aguda	Debido a (o como consecuencia de)	19.2 Parte II	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
	Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la muerte consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Covid-19	Debido a (o como consecuencia de)	19.3 Parte III	20 días	
		c)	Debido a (o como consecuencia de)		20 días	
		d)	Debido a (o como consecuencia de)		20 días	
			Diabetes Mellitus asociada a desnutrición		20 días	
			Hipertensión arterial Primaria		20 días	
	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?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
	El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3					
43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4	43 días a 11 meses <input type="radio"/> 5					
después del parto o aborto <input type="radio"/> 4						
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial <input type="radio"/> 6	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
22.1 Fue un presunto	Vivienda particular <input type="radio"/> 6	Área deportiva <input type="radio"/> 3				
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera <input type="radio"/> 4				
Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Otro <input type="radio"/> 8				
		Se ignora <input type="radio"/> 9				
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					
22.7.1 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	22.7.2 Tipo de vivienda	22.7.3 Núm. Exterior	22.7.4 Núm. Interior	22.7.5 Nombre del 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	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico* <input type="radio"/> 3	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique	Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE	Luis Ernesto Palacios	Primer Apellido	Segundo Apellido	28. FIRMA		
29. DOMICILIO y TELÉFONO	29.1 Tipo de vivienda	29.2 Nombre de la vivienda	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
					Día Mes Año	
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono	29.5 Tipo de asentamiento humano		
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Núm. _____, Libro Núm. _____	32.1 Localidad					
31.1 Acta Núm. _____	32.2 Municipio o Alcaldía					
	32.3 Entidad federativa					
	32.4 Día Mes Año					

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

212251813

DEL REG. CIVIL

4144640512  
1719680RSECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

212251813

ANTES DE LLENAR LEE LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SI LA UNIDAD MÉDICA FUERA LLEGADA DESPUES DE LA EXPEDICIÓN DE LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

C-11 25 MED NT		1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) <b>Jose de Jesus Medina</b>		Primer Apellido <b>Medina</b>	Segundo Apellido <b>Acuña</b>							
DEL FALLECIDO		2. FECHA DE NACIMIENTO <b>21/06/1968</b>	3. SEXO <b>Hombre</b>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>San Luis Potosí</b>	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)							
DE LA DEFUNCION		5. CURP <b>MEAJG800621HISPIDC503</b>	6. HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <b>Se ignora</b>	7. NACIONALIDAD <b>Mexicana</b>	Se ignora							
DE MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		8. EDAD CUMPLIDA <b>Para menores de una hora</b>	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año							
DEL INF.		9. ESTADO CONYUGAL <b>En unión libre</b>	10.1 Tipo de viabilidad <b>1er. coche</b>	10.2 Nombre de la viabilidad <b>1a de Encero</b>	10.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b>							
DEL CERTIFICANTE		10.3 Núm. Exterior <b>71971221</b>	10.4 Núm. Interior <b>71971221</b>	10.5 Tipo de asentamiento humano <b>Colonia</b>	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)							
DEL REG. CIVIL		10.7 Código Postal <b>71000</b>	10.8 Localidad <b>Ciudad Valles</b>	10.9 Municipio o Alcaldía <b>Ciudad Valles</b>	12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>4149960512 17196802</b>							
DE LA DEFUNCION		11.1 La escolaridad seleccionada es: <b>Completa</b>	11. La escolaridad seleccionada es: <b>Completa</b>	12.1 Trabajaba <b>Si</b>	Se ignora							
DE MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		11.2 Ocupación <b>Seg. Popular / INSABI</b>	11.3 Peso (gramos) <b>80</b>	12.2 No <b>No</b>	Se ignora							
DEL CERTIFICANTE		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <b>Ninguna</b>	13.1 Número de seguridad social o afiliación <b>4149960512 17196802</b>	13.2 Otra <b>Otra</b>	Se ignora							
DEL REG. CIVIL		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>Hospital General de Zona 6</b>	14.1 Nombre de la unidad médica <b>Hospital General de Zona 6</b>	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <b>4149960512 17196802</b>	Via pública <b>Otra</b>							
DE LA DEFUNCION		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>Residencial</b>	15.1 Tipo de viabilidad <b>Residencial</b>	15.2 Nombre de la viabilidad <b>1a de Encero</b>	15.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b>							
DE LA DEFUNCION		15.3 Núm. Exterior <b>71971221</b>	15.4 Núm. Interior <b>71971221</b>	15.5 Tipo de asentamiento humano <b>Colonia</b>	15.10 Entidad federativa <b>San Luis Potosí</b>							
DE LA DEFUNCION		15.7 Código Postal <b>71000</b>	15.8 Localidad <b>Ciudad Valles</b>	15.9 Municipio o Alcaldía <b>Ciudad Valles</b>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <b>Si</b>							
DE LA DEFUNCION		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>06/09/2011 10:22</b>	16.1 Día <b>06</b>	16.2 Mes <b>Septiembre</b>	16.3 Año <b>2011</b>	16.4 Horas <b>10</b>	16.5 Minutos <b>22</b>	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <b>Si</b>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <b>Si</b>			
DE LA DEFUNCION		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	a) <b>Insuficiencia Respiratoria Aguda</b> Debido a (o como consecuencia de)				19.1 Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	19.2 Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo	19.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>20 días</b>	19.4 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
DE LA DEFUNCION		b) <b>Covid-19</b> Debido a (o como consecuencia de)	c) <b>Diabetes Mellitus asociada a desnutrición</b> Debido a (o como consecuencia de)				20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <b>Si</b>	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <b>Si</b>	21.4 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
DE LA DEFUNCION		d) <b>Hipertensión esencial (Primaria)</b> Debido a (o como consecuencia de)					21.5 El embarazo <b>Si</b>	21.6 El parto <b>Si</b>	21.7 El puerperio <b>Si</b>	21.8 No <b>No</b>	21.9 Sí <b>Si</b>	21.10 No <b>No</b>
DE LA DEFUNCION		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <b>Si</b>	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión <b>Área industrial (taller, fábrica u oficina)</b>	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a) <b>Padre</b>	22.5 No <b>No</b>	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia y motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <b>22.7.1 Tipo de viabilidad</b>	22.7.2 Nombre de la viabilidad <b>22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior</b>	22.7.6 Nombre del asentamiento humano <b>22.7.7 Código Postal</b>	22.7.9 Municipio o Alcaldía <b>22.7.8 Localidad</b>	22.7.10 Entidad federativa <b>22.7.9 Municipio o Alcaldía</b>	
DE LA DEFUNCION		22.7.7 Código Postal <b>22.7.8 Localidad</b>	22.7.9 Municipio o Alcaldía <b>22.7.10 Entidad federativa</b>	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>22.8.1</b>	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>22.8.2</b>							
DE LA DEFUNCION		25. CERTIFICADA POR <b>41490648</b>	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>41490648</b>	26.2 Número de la cédula profesional <b>41490648</b>								
DE LA DEFUNCION		27. NOMBRE <b>Levís Ernesto Pulacios</b>	28. FIRMA <b>Levís Ernesto Pulacios</b>	28.3 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE								
DE LA DEFUNCION		29. DOMICILIO Y TELÉFONO <b>Residencial</b>	29.1 Tipo de viabilidad <b>Residencial</b>	29.2 Nombre de la viabilidad <b>1a de Encero</b>	29.3 Núm. Exterior <b>71971221</b>	29.4 Núm. Interior <b>71971221</b>	29.5 Tipo de asentamiento humano <b>Colonia</b>					
DE LA DEFUNCION		29.6 Nombre del asentamiento humano <b>Ciudad Valles</b>	29.7 Código Postal <b>71000</b>	29.8 Localidad <b>Ciudad Valles</b>	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>10/09/2011</b>	30.1 Día <b>10</b>	30.2 Mes <b>Septiembre</b>	30.3 Año <b>2011</b>				
DE LA DEFUNCION		29.9 Municipio o Alcaldía <b>Ciudad Valles</b>	29.10 Entidad federativa <b>San Luis Potosí</b>	29.11 Teléfono <b>017197122114</b>	32.1 LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <b>32.1 Localidad</b>	32.2 Municipio o Alcaldía <b>32.2 Localidad</b>	32.3 Entidad federativa <b>32.3 Localidad</b>					
DE LA DEFUNCION		31.1 Acta Núm. <b>31.1 Acta Núm.</b>	32.1 Localidad <b>32.1 Localidad</b>	32.2 Municipio o Alcaldía <b>32.2 Municipio o Alcaldía</b>	32.3 Entidad federativa <b>32.3 Entidad federativa</b>	32.4 Día <b>32.4 Día</b>	32.5 Mes <b>32.5 Mes</b>	32.6 Año <b>32.6 Año</b>				
ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3 <sup>a</sup> COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD												



212251813