



4170391047
SH1939PE

SECRETARÍA DE SALUD SINBA
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN 524

Modelo 2017.1
FOLIO
212251824

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*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 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

16.12.13 am



212251824

1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) Babino Lagune Villegas		2. FECHA DE NACIMIENTO 19/02/1939		3. SEXO Hombre		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP 11AV63910219HSP7L800		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No		7. NACIONALIDAD Mexicana		8. EDAD CUMPLIDA 74 años	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre		10. RESIDENCIA HABITUAL Calle 253 Colonia San Luis Potosí		11. ESCOLARIDAD Primaria		12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Hospital General de San Luis Potosí		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle 19 de Enero Ciudad Valles		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 08/09/2021 00:10	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? No		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN a) Involuntaria por accidente b) COVID 19 c) Hipertensión esencial		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN J960	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo, parto o puerperio		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente, homicidio o suicidio		23. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: 23.1 Acta NÚM.		24. PARENTESCO CON EL(LE LA) FALLECIDO(A) Hijo	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 1974285		27. NOMBRE Joheliana Cortes Martínez		28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Boulevard México Laredo 914		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 08/09/2021		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO NÚM. 19 de Enero		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Ciudad Valles	

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