

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 PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN



212251913

Formulario de Defunción (Certificado de Defunción) - Versión 2019

1. NOMBRE DEL(LE) LA FALLECIDO(A): **Isaías Zapata Vazquez**

2. FECHA DE NACIMIENTO: **21/03/1947**

3. SEXO: **Varón**

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: **San Luis Potosí**

5. CURP: **ZAVI470721HSPVZ501**

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: **No**

7. NACIONALIDAD: **Mexicana**

8. EDAD CUMPLIDA: **74 años**

9. ESTADO CONYUGAL: **Viudo(a)**

10. RESIDENCIA HABITUAL: **Calle 10 de febrero, Fraccionamiento, Ciudad Valles, San Luis Potosí**

11. ESCOLARIDAD: **Primaria**

12. OCUPACIÓN HABITUAL: **Pensionado**

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: **IMSS**

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: **Hospital General de Zona #06**

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: **Calle 10 de febrero, Fraccionamiento, Ciudad Valles, San Luis Potosí**

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: **19/02/2021, 16:11**

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?: **No**

18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?: **No**

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: **Síndrome inflamatorio multisistémico, Neumonía viral, COVID-19**

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: **COVID-19**

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: **No**

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: **Accidente**

23. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: **19 de febrero**

24. PARENTESCO CON EL(LE) LA FALLECIDO(A): **Hermano**

25. CERTIFICADA POR: **Médico legista**

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: **No**

27. NOMBRE: **Julio César Cortes Martínez**

28. FIRMA: **[Firma]**

29. DOMICILIO Y TELÉFONO: **Calle 10 de febrero, Fraccionamiento, Ciudad Valles, San Luis Potosí**

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: **19/02/2021**

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: **No**

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: **Ciudad Valles, 19/02/2021**

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