



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

212251979

*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

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

DEL FALLECIDO

| | | | |
|--|--|--|--|
| 1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) <i>Oscar Fernando</i> <i>García</i> <i>Camposano</i> | | Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO <i>08/04/1981</i> | | 3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 5. CURP <i>GAC0810410645PRMS04</i> | | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <i>San Luis Potosí</i> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) | |
| 8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <input type="text"/> Minutos Para menores de un día: <input type="text"/> Horas Para menores de un mes: <input type="text"/> Días Para menores de un año: <input type="text"/> Meses Para personas de un año o más: <i>40</i> Años cumplidos | | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <i>Calle 2 de febrero</i> <i>S/N</i> <i>Fraccionamiento</i> <i>Morelos y Pávan</i> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior <i>790110</i> 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal <i>790110</i> 10.8 Localidad <i>Ciudad Valles</i> 10.9 Municipio o Alcaldía <i>San Luis Potosí</i> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) | | 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <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 <i>Agente de Vialidad</i> 12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 13.1 Número de seguridad social o afiliación | |

DE LA DEFUNCIÓN

| | | | |
|---|--|---|--|
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <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"/> | | 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior <i>790110</i> 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal <i>790110</i> 15.8 Localidad <i>Ciudad Valles</i> 15.9 Municipio o Alcaldía <i>San Luis Potosí</i> 15.10 Entidad federativa | | 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <i>20/09/2021</i> <i>00:20</i> Día Mes Año Horas Minutos | |
| 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> | |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <i>Síndrome de dificultad respiratoria grave</i> Debido a (o como consecuencia de) b) <i>Neumonía por COVID-19</i> Debido a (o como consecuencia de) c) <i></i> Debido a (o como consecuencia de) d) <i></i> Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo | | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE | |

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

| | | | |
|--|--|---|--|
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> | | 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> | |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <i>homicidio o suicidio</i> | |
| 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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad 22.7.2 Nombre de la vialidad 22.7.3 Núm. Exterior <i>790110</i> 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.7 Código Postal <i>790110</i> 22.7.8 Localidad <i>Ciudad Valles</i> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <i>San Luis Potosí</i> 22.7.10 Entidad federativa | |

DEL INF.

| | | | |
|--|--|--|--|
| 23. NOMBRE <i>Eglar</i> <i>García</i> <i>Camposano</i> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <i>Hermana</i> | |
| 25. CERTIFICADA POR 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"/> | | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <i>11790087</i> Número de la cédula profesional | |
| 27. NOMBRE <i>Julio César</i> <i>Contreras</i> <i>Saldana</i> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | | 28. FIRMA | |

DEL CERTIFICANTE

| | | | |
|---|--|--|--|
| 29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior <i>790110</i> 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal <i>790110</i> 29.8 Localidad <i>Ciudad Valles</i> 29.9 Municipio o Alcaldía <i>San Luis Potosí</i> 29.10 Entidad federativa | | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <i>20/09/2021</i> Día Mes Año | |
|---|--|--|--|

DEL REG. CIVIL

| | | | |
|--|--|---|--|
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <i></i> , Libro Núm. <i></i> 31.1 Acta Núm. <i></i> | | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <i></i> 32.2 Municipio o Alcaldía <i></i> 32.3 Entidad federativa <i></i> 32.4 Día <i></i> Mes <i></i> Año <i></i> | |
|--|--|---|--|



212251979

