



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
212252868

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) <u>Yegor Benito Toranzo</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>20 03 19 35</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>YEGOR BENITO TORANZO</u>		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>86</u> Años cumplidos Para menores de un día: <u>86</u> Años cumplidos Para menores de un mes: <u>86</u> Años cumplidos Para menores de un año: <u>86</u> Años cumplidos Para personas de un año o más: <u>86</u> Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Vido(a) ☐ Casado(a) ☒ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a): <u>Lazaro Cardenas Ahuehuevo</u> 10.1 Tipo de vivienda: <u>10.2 Nombre de la vivienda</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>10.4 Núm. Interior</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Xilitla</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal: <u>10.8 Localidad</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</u>			
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☒ 11.1 La escolaridad seleccionada es: 12.1 Trabajaba: Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seg. Popular / INSABI ☐ Otra ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ Se ignora ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>13.2</u>			

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.3 Nombre de la unidad médica: <u>14.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.5 Nombre de la unidad médica: <u>14.6 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.7 Nombre de la unidad médica: <u>14.8 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.9 Nombre de la unidad médica: <u>14.10 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.11 Nombre de la unidad médica: <u>14.12 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.13 Nombre de la unidad médica: <u>14.14 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.15 Nombre de la unidad médica: <u>14.16 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.17 Nombre de la unidad médica: <u>14.18 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.19 Nombre de la unidad médica: <u>14.20 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.21 Nombre de la unidad médica: <u>14.22 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.23 Nombre de la unidad médica: <u>14.24 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.25 Nombre de la unidad médica: <u>14.26 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.27 Nombre de la unidad médica: <u>14.28 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.29 Nombre de la unidad médica: <u>14.30 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.31 Nombre de la unidad médica: <u>14.32 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.33 Nombre de la unidad médica: <u>14.34 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.35 Nombre de la unidad médica: <u>14.36 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.37 Nombre de la unidad médica: <u>14.38 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.39 Nombre de la unidad médica: <u>14.40 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.41 Nombre de la unidad médica: <u>14.42 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.43 Nombre de la unidad médica: <u>14.44 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.45 Nombre de la unidad médica: <u>14.46 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.47 Nombre de la unidad médica: <u>14.48 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.49 Nombre de la unidad médica: <u>14.50 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.51 Nombre de la unidad médica: <u>14.52 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.53 Nombre de la unidad médica: <u>14.54 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.55 Nombre de la unidad médica: <u>14.56 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.57 Nombre de la unidad médica: <u>14.58 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.59 Nombre de la unidad médica: <u>14.60 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.61 Nombre de la unidad médica: <u>14.62 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.63 Nombre de la unidad médica: <u>14.64 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.65 Nombre de la unidad médica: <u>14.66 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.67 Nombre de la unidad médica: <u>14.68 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.69 Nombre de la unidad médica: <u>14.70 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.71 Nombre de la unidad médica: <u>14.72 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.73 Nombre de la unidad médica: <u>14.74 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.75 Nombre de la unidad médica: <u>14.76 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.77 Nombre de la unidad médica: <u>14.78 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.79 Nombre de la unidad médica: <u>14.80 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.81 Nombre de la unidad médica: <u>14.82 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.83 Nombre de la unidad médica: <u>14.84 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.85 Nombre de la unidad médica: <u>14.86 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.87 Nombre de la unidad médica: <u>14.88 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.89 Nombre de la unidad médica: <u>14.90 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.91 Nombre de la unidad médica: <u>14.92 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.93 Nombre de la unidad médica: <u>14.94 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.95 Nombre de la unidad médica: <u>14.96 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.97 Nombre de la unidad médica: <u>14.98 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 14.99 Nombre de la unidad médica: <u>14.100 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u>				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>15.2 Nombre de la vivienda</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>15.4 Núm. Interior</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Xilitla</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Ahuehuevo</u> 15.7 Código Postal: <u>15.8 Localidad</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>15.10 Entidad federativa</u>				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>25 09 20 21</u> Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Ante una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: para cardíaco, asfénia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que provocó la muerte directamente: a) <u>Tramitismo crónico arterial</u> Debido a (o como consecuencia de): <u>10 días</u> b) <u>Intoxicación por SARS-CoV-2</u> Debido a (o como consecuencia de): <u>10 días</u> c) <u>Lesión renal aguda KDIGO III</u> Debido a (o como consecuencia de): <u>10 días</u> d) <u>Desequilibrio electrolítico</u> Debido a (o como consecuencia de): <u>10 días</u> PARTE II Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado patológico que la produjo: <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u> <u>Hipertensión Arterial Sistémica</u> <u>26 años</u> <u>26 años</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)</u> 22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>22.6 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: <u>22.7.2 Nombre de la vivienda</u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u>22.7.4 Núm. Interior</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>22.7.6 Nombre del asentamiento humano</u> 22.7.7 Código Postal: <u>22.7.8 Localidad</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>22.7.10 Entidad federativa</u>				

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)</u> 22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>22.6 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: <u>22.7.2 Nombre de la vivienda</u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u>22.7.4 Núm. Interior</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>22.7.6 Nombre del asentamiento humano</u> 22.7.7 Código Postal: <u>22.7.8 Localidad</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>22.7.10 Entidad federativa</u>	
--	--

DEL INF.

23. NOMBRE <u>Eduardo Ignacio Hernandez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>
--	--	---

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ 26. NOMBRE <u>Florencia Abril Ramirez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Especifique: Número de la cédula profesional: <u>28. FIRMA</u>
---	--	--

29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>29.2 Nombre de la vivienda</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>29.4 Núm. Interior</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>29.6 Nombre del asentamiento humano</u> 29.7 Código Postal: <u>29.8 Localidad</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>29.10 Entidad federativa</u> 29.11 Teléfono: <u>29.12 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u>	
---	--

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>06 10 20 21</u> Día Mes Año	
---	--

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O REGISTRO <u>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</u>	
--	--