



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

212253286

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Hermelindo</u> Primer Apellido <u>Coulleras</u> Segundo Apellido <u>Chavez</u>					
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>31</u> Mes <u>10</u> Año <u>1964</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>			
5. CURP <u>COCH641031HSPM4RO3</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>57</u> Para menores de un día: Horas <u>57</u> Para menores de un mes: Días <u>57</u> Para menores de un año: Meses <u>57</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>57</u>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>Calle Coulleras</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>Finca</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Tampaxcal</u> 10.3 Núm. Exterior <u>79767</u> 10.4 Núm. Interior <u>79767</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Acuision</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>79767</u> 10.8 Localidad <u>Acuision</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Ocupación <u>Campo</u>			
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"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEXEM <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital General de Ciudad Valles <input checked="" type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Ciudad Valles</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>00000000000000000000</u>			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Mexico-Loredo</u> 15.3 Núm. Exterior <u>791090</u> 15.4 Núm. Interior <u>791090</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Oxitepa</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 15.7 Código Postal <u>791090</u> 15.8 Localidad <u>Ciudad Valles</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>23</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u> Horas <u>20</u> Minutos <u>40</u>		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 PRÁCTICÓ 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) <u>Síndrome de dificultad respiratoria grave</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Neumonía por COVID-19</u> b) <u>Neumonía por COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Diabetes Mellitus Tipo 2</u> c) <u>Diabetes Mellitus Tipo 2</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Diabetes Mellitus Tipo 2</u> d) <u>Diabetes Mellitus Tipo 2</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>6 días</u> <u>6 días</u> Código CIE <u>6 días</u> <u>6 días</u>			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>6 días</u>		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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto <u>Accidente</u> <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? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23. SITIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda particular <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input 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 <u>11290087</u>		27. NOMBRE Nombre(s) <u>Julio Cesar</u> Primer Apellido <u>Coulleras</u> Segundo Apellido <u>Saldana</u>			
28. FIRMA <u>[Firma]</u>		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Oxitepa</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Mexico-Loredo</u> 29.3 Núm. Exterior <u>791090</u> 29.4 Núm. Interior <u>791090</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 29.7 Código Postal <u>791090</u> 29.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u>791090</u>			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>23</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <u>791090</u> , Libro Núm. <u>791090</u>			
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>San Luis Potosí</u>		33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 33.1 Localidad <u>San Luis Potosí</u>			

*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.



212253286