



# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

212340959

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

<b>1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A)</b> Anselma Sanchez Sagahon	
<b>2. FECHA DE NACIMIENTO</b> 21/04/1955	
<b>3. SEXO</b> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
<b>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO</b> San Luis Potosí	
<b>5. CURP</b> S A S A 5 5 1 0 4 2 1 M S P I N G N O 3	
<b>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</b> Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
<b>7. NACIONALIDAD</b> Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____	
<b>8. EDAD CUMPLIDA</b> Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos <b>066</b> Se ignora <input type="radio"/>	
<b>9. ESTADO CONYUGAL</b> En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Vuelto(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
<b>10. RESIDENCIA HABITUAL</b> Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <b>Calle Bamo San Rafael</b> <b>19</b> <b>16 Septiembre</b> <b>79960</b> <b>Comazmechale</b> <b>8 U.P.</b> 10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
<b>11. ESCOLARIDAD</b> Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
<b>12. OCUPACIÓN HABITUAL</b> Hogar <input checked="" type="radio"/> Trabajador <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
<b>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b> Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
<b>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
<b>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> Calle <b>San Martín</b> <b>Km 0.5</b> <b>79960</b> <b>Zacatlán</b> <b>Comazmechale</b> <b>SLP</b> 15.1 Tipo de vivienda 15.2 Nombre de la vivienda 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa	
<b>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN</b> <b>14/02/2022</b> <b>04:43</b> Día Mes Año Horas Minutos	
<b>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</b> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
<b>18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?</b> Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
<b>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</b> (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>Síndrome dificultad respiratoria</b> <b>14 días</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>Neumonía SARS-CoV-2</b> <b>14 días</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b>Atelectasia pulmonar Derecha</b> <b>14 días</b> Debido a (o como consecuencia de) d) _____ <b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <b>Hipertensión arterial sistólica</b> <b>10 años</b> <b>Diabetes mellitus tipo 2</b> <b>10 años</b>	
<b>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b> Código CIE _____	
<b>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</b> 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"/>	
<b>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</b> 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 type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <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): _____ 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: _____	
<b>22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</b> 22.7.1 Tipo de vivienda 22.7.2 Nombre de la vivienda 22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa	
<b>23. NOMBRE</b> Joel Rubio Sanchez	
<b>24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A)</b> Hijo	
<b>25. CERTIFICADA POR</b> 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"/> _____ Especifique _____	
<b>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</b> Número de la cédula profesional <b>4469118</b>	
<b>27. NOMBRE</b> Claudia Hernandez Garcia	
<b>28. FIRMA</b> [Firma]	
<b>29. DOMICILIO Y TELÉFONO</b> 29.1 Tipo de vivienda 29.2 Nombre de la vivienda 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono	
<b>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN</b> <b>14/02/2022</b> Día Mes Año	
<b>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO</b> Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____	
<b>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</b> 32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año	

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