



**SECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

FOLIO

212340959

212340939

**1. NOMBRE  
DEL(DE LA)  
FALLECIDO**

Anselma

Sander

Sagahon  
Segundo Apellido

DEL FALLECIDO

ESTA ES UNA DE LAS PRIMERAS VECES QUE SE PUEDE VER EN UN DOCUMENTO OFICIAL UNA DECLARACION DE UNA PERSONA DE LA COMUNIDAD MUSULMANA EN DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS Y EN FAVOR DE LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS.

12340959

1. NOMBRE Anselma Sanchez Sagarn

2. FECHA DE NACIMIENTO 21 04 1955 3. SEXO Hombre  Mujer  Se ignora  9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP SASIAJ50421MSIPNIN03 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí  No  Se ignora  9

7. NACIONALIDAD Mexican  Otra  2 → Especifique Se ignora  9

8. EDAD 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 Se ignora  9

Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a)  6 Viudo(a)  2 Casado(a)  5 En unión libre  4 Divorciado(a)  3 Soltero(a)  1 Se ignora  9

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(a) fallecido(a) 19 Calle Bamo San Rafael 16 Septiembre 10.1 Tipo de vivienda 10.4 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 79960 10.2 Nombre de la vivienda 10.6 Nombre del asentamiento humano Camazunchale SLP.

10.3 Núm. Exterior  10.4 Núm. Interior  10.5 Tipo de asentamiento humano 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

10.7 Código Postal 11. ESCOLARIDAD Ninguna  1 Preescolar  12 Primaria  3 Secundaria  8 Bachillerato o preparatoria  7 Profesional  8 Posgrado  10 Se ignora  99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa  1 Incompleta  2 Se ignora  99 12. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar Se ignora  9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna  1 ISSSTE  2 SEDENA  5 Seg. Popular / INSABI  7 Otra  8 Bachillerato o preparatoria  7 Profesional  8 SEMAR  6 IMSS BIENESTAR  10 Se ignora  99 13.1 Número de seguridad social o afiliación SAJASS04219

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud  1 IMSS  3 PEMEX  5 SEMAR  7 Unidad médica privada  8 Otra unidad pública  9 14.1 Nombre de la unidad médica CHI Camazunchale 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda 15.2 Nombre de la vivienda 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 79960 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 Camazunchale SLP

15.8 Localidad Camazunchale 15.9 Municipio o Alcaldía Camazunchale 15.10 Entidad federativa SLP

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 14 02 2022 04 44 33 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí  1 No  2 Se ignora  9 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí  1 No  2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Síndrome de dificultad respiratoria Debido a (o como consecuencia de) 14 días

Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en el último lugar la causa básica b) Neumonía, Sars, Cov 2 Debido a (o como consecuencia de) 14 días

c) Atelectasia pulmonar Derecha Debido a (o como consecuencia de) 14 días

d) Hipertensión arterial sistémica 10 años

Diabetes mellitus tipo 2 10 años

PARTE II Otros estados patológicos significativos o secundarios que a la muerte no estaban relacionados con la enfermedad o el estado morbo que la produjo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo  1 El parto  2 El puerperio  3 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte  5 21.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí  1 No  2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí  1 No  2

21.4 Anote el intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 140 días

21.5 Códigos CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente  1 Homicidio  2 Suicidio  3 Se ignora  9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí  1 No  2 Se ignora  9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular  0 Área deportiva  3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  1 Calle o carretera (rancho o parcela)  4 Escuela u oficina pública  2 Área comercial o de servicio  5 Se ignora  9

22.4 Anote 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

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 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

23. NOMBRE Joel Rubio Sánchez 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Amigo

25. CERTIFICADA POR Médico tratante  1 Médico legista  2 Otro médico  3 Hector Gómez 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 4469118 Número de la cédula profesional

Persona autorizada por la Secretaría de Salud  4 Autoridad civil  5 Otro  8 Especifique

27. NOMBRE Cláudia Hernández García 28. FIRMA KK

29. DOMICILIO Y TELÉFONO Cam 1600 San Matías 005 Km 19960 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

Zacatlán SLP 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.11 Teléfono 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 18362190 14022022

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. 1, Libro Núm. 1 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 31.1 Acta Núm. 1 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año

ATENCIÓN: LA LÍNEA DE FIRMAS

32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes  
**ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3<sup>a</sup> COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD.**