



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

México 2017
FOLIO

1905 070

SE REGISTRA EN ORIGINAL LA FORMA (ROSAY) Y UNA COPIA AL REGISTRO CIVIL PARA LOS TENER EN ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) Santos Cirilo Hernández Segundo Apellido Manuel	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 09/07/1980	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP Se ignora ☒ Si ☐ No ☐ Se ignora ☐	
6. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año Para personas de un año o más 040 Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐ Especificar	
8. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☒ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: Proracionada 10.2 Nombre de la vivienda: Mariaca Matamoros 10.3 Núm. Exterior: 355-A 10.4 Núm. Interior: BARRIO 10.5 Tipo de asentamiento humano: San José 10.6 Nombre del asentamiento humano: San José 10.7 Código Postal: 10.8 Localidad: Tamazunchale 10.9 Municipio o delegación: San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país de residencia en el extranjero:	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☒	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Comerciante 12.1 Trabajaba: Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐	
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: HIR 44 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUE):	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Carretera 15.2 Nombre de la vivienda: San Martín 15.3 Núm. Exterior: Hm 3 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: Zacatipán 15.6 Nombre del asentamiento humano: Zacatipán 15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: Tamazunchale 15.9 Municipio o delegación: San Luis Potosí 15.10 Entidad federativa:	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Hora Minutos 09/07/2010 09:55	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) Sospechoso COVID-19 Debido a (o como consecuencia de) b) Obesidad o sobrepeso Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) 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 patológico que le produjo:	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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 ☒ 42 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒	
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? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☒ 22.4 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☒ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias 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 delegación: 22.7.10 Entidad federativa:	
DEL REG. CIVIL	
23. NOMBRE Nombre(s) Santos Cirilo Hernández Primer Apellido Hernández Segundo Apellido Hernández	
24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) hermano	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique: Presidente	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 8673910	
27. NOMBRE: Nombre(s) Carlos Eduardo Reyes Primer Apellido Reyes Segundo Apellido Reyes	
28. FIRMA: Firma	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vivienda: Carretera 29.2 Nombre de la vivienda: Hm 3 29.3 Núm. Exterior: 29.4 Núm. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: Zacatipán 29.6 Nombre del asentamiento humano: Zacatipán 29.7 Código Postal: 79900 29.8 Localidad: Tamazunchale 29.9 Municipio o delegación: San Luis Potosí 29.10 Entidad federativa: 29.11 Teléfono: 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año 09/07/2010	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. Libro Núm. 31.1 Acta Núm. 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: 32.2 Municipio o delegación: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día: 32.5 Mes: 32.6 Año:	

ATENCIÓN. EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD