



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

190681621

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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF

DEL CERTIFICANTE

DEL REG CIVIL

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)<br><b>Barboto</b><br><small>Nombre(s)</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | <b>Acosta</b><br><small>Primer Apellido</small>                                                                                                                                                                                                                        |  | <b>García</b><br><small>Segundo Apellido</small>                                                                                                                                                                                                                     |  |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO<br><b>24 08 1951</b><br><small>(Día Mes Año)</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 3. SEXO<br><input checked="" type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> No especifica                                                                                                                                               |  | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br><b>San Luis Potosí</b><br><small>Entidad federativa o país (se marca) en el extranjero</small>                                                                                                                                           |  |
| 5. CURP<br><b>A060510824HS PCRR06</b><br><small>Se ignora <input type="radio"/></small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br><input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora                                                                                                                                      |  | 7. NACIONALIDAD<br><b>Mexicana</b><br><small>Se ignora <input type="radio"/></small>                                                                                                                                                                                 |  |
| 8. EDAD CUMPLIDA<br><b>069</b><br><small>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 menores de un año o más: Años cumplidos.</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 9. ESTADO CONYUGAL<br><input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Viudo/a <input checked="" type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Se ignora |  | 10. ESTADO CIVIL<br><input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Viudo/a <input checked="" type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Se ignora |  |
| 11. RESIDENCIA HABITUAL<br>Añade si difiere del domicilio permanente donde vivía al fallecido (a)<br><b>Calle Blas Esquivel El Naranjo 370</b><br><small>11.1 Tipo de vivienda</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 12.3 Num. Exterior: <b>793110</b> 12.4 Num. Interior: <b>El Naranjo</b> 12.5 Tipo de asentamiento humano: <b>El Naranjo</b> 12.6 Nombre del asentamiento humano: <b>San Luis Potosí</b> 12.7 Código Postal: <b>793110</b> 12.8 Localidad: <b>El Naranjo</b> 12.9 Municipio o delegación: <b>San Luis Potosí</b> 12.10 Entidad federativa o país (se marca en el extranjero): <b>San Luis Potosí</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 13. ESCOLARIDAD<br><input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input checked="" type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 13.1 La escolaridad es: <input type="radio"/> 13.2 Ocupación habitual: <b>Agricultor</b> <input type="radio"/> 13.3 Ocupación anterior: <b>4196510081 1M195108</b> <input type="radio"/> 13.4 Ocupación actual: <b>4196510081 1M195108</b> <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br><input type="radio"/> Ninguna <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 15. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Secretaría de Salud: <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública: <input type="radio"/> Otra unidad pública: <input type="radio"/> 15.1 Nombre de la unidad médica: <b>Hospital General de Zona 6</b> 15.2 Clave Única de Establecimiento de Salud (CUES): <b>4196510081 1M195108</b> 15.3 Tipo de vivienda: <b>914</b> 15.4 Nombre de la vivienda: <b>Fraccionamiento</b> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <b>Fraccionamiento</b> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <b>Fraccionamiento</b> 15.7 Código Postal: <b>793110</b> 15.8 Localidad: <b>Fraccionamiento</b> 15.9 Municipio o delegación: <b>Fraccionamiento</b> 15.10 Entidad federativa: <b>Fraccionamiento</b>                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br><b>11 31 02 02 00</b><br><small>(Día Mes Año Horas Minutos)</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br><input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?<br><input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añade una sola causa en cada renglón. Evita señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)<br>PARTES I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente:<br><b>a) Choque cardiogénico</b><br><b>b) Insuficiencia Respiratoria Aguda</b><br><b>c) COVID 19</b><br>Causas antecedentes:<br>Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa congenera arriba mencionada, mencionándose en último lugar la causa básica:<br><b>d) Diabetes Mellitus Tipo 2</b><br><b>Hipertensión esencial (primaria)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br>Código CIE: <b>1 hora</b><br><b>5 días</b><br><b>10 días</b><br><b>15 años</b><br><b>15 años</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 34 AÑOS<br>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/><br>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:<br>22.1 Fue un presunto:<br><input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br><input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>22.3 ¿La muerte fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:<br><b>22.3.1</b> Tipo de vivienda: <b>914</b> <b>22.3.2</b> Nombre de la vivienda: <b>Fraccionamiento</b> <b>22.3.3</b> Tipo de asentamiento humano: <b>Fraccionamiento</b> <b>22.3.4</b> Nombre del asentamiento humano: <b>Fraccionamiento</b> <b>22.3.5</b> Código Postal: <b>793110</b> <b>22.3.6</b> Localidad: <b>Fraccionamiento</b> <b>22.3.7</b> Municipio o delegación: <b>Fraccionamiento</b> <b>22.3.8</b> Entidad federativa: <b>Fraccionamiento</b> |  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 23. NOMBRE: <b>Juan Antonio</b> <b>Martínez</b> <b>Barrientos</b><br><small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A): <b>Hierno</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 25. CERTIFICADA POR:<br>Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Médico de guardia <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:<br>Número de la cédula profesional: <b>11696485</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 27. NOMBRE: <b>Heriberto Enrique</b> <b>Carmona</b> <b>Lopez</b><br><small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 28. DOMICILIO Y TELÉFONO: <b>Boulevard</b> <b>México Laredo</b> <b>914</b> <b>Fraccionamiento</b><br><small>28.1 Tipo de vivienda 28.2 Nombre de la vivienda 28.3 Num. Exterior 28.4 Num. Interior 28.5 Tipo de asentamiento humano</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 29. FECHA DE CERTIFICACIÓN: <b>11 31 02 02 00</b><br><small>29.1 Tipo de asentamiento humano 29.2 Localidad 29.3 Municipio o delegación 29.4 Entidad federativa 29.5 Teléfono</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO:<br>Num. <b>1</b> Libro Num. <b>1</b><br><small>30.1 Localidad 30.2 Municipio o delegación 30.3 Entidad federativa 30.4 Día 30.5 Mes 30.6 Año</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |

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