



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

FOLIO

190681723

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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

REG. MIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Jose Andres Garcia Torres Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO 23/10/1971 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Veracruz Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP GAT A 711023 UVZ R N O S Se ignora <input type="radio"/>		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"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique
8. EDAD CUMPLIDA 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: 04/8 Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle Paseo del Semillero 211 Fraccionamiento Los Silos 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior 718394 10.4 Núm. Interior San Luis Potosí 10.5 Tipo de asentamiento humano San Luis Potosí 10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 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"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 12. OCUPACIÓN HABITUAL Dentista Se ignora <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de Salud 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Valentin Amador Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1112 15.1 Tipo de vialidad Colonias 15.2 Nombre de la vialidad Rivas Guillen 15.3 Núm. Exterior 718435 15.4 Núm. Interior Salidad de Guiciana Sanchez 15.5 Tipo de asentamiento humano Salidad de Guiciana Sanchez 15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 29/09/2020 16.1 Tipo de vialidad 08/20 16.2 Nombre de la vialidad 08/20 16.3 Núm. Exterior 16.4 Núm. Interior 16.5 Tipo de asentamiento humano 16.6 Nombre del asentamiento humano 16.7 Código Postal 16.8 Localidad 16.9 Municipio o delegación 16.10 Entidad federativa	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
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) Falla Organica Multiple Debido a (o como consecuencia de) b) Choque Sepsico Debido a (o como consecuencia de) c) Neumonia covid Debido a (o como consecuencia de) d) Diabetes Mellitus Hipertension Arterial PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 5 dias 5 dias 24 dias 20 años 2 años Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
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 <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 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"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 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 vialidad 22.7.2 Nombre de la vialidad 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		23. NOMBRE Sororio Minerva Aguilar Muñoz Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Esposa		25. CERTIFICADA POR 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	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 10124303 Número de la cédula profesional		27. NOMBRE Nauemi Ambrosio Flores Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. FIRMA [Firma]		29. DOMICILIO y TELÉFONO 1112 29.1 Tipo de vialidad Colonias 29.2 Nombre de la vialidad Rivas Guillen 29.3 Núm. Exterior 718435 29.4 Núm. Interior Salidad de Guiciana Sanchez 29.5 Tipo de asentamiento humano Salidad de Guiciana Sanchez 29.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 29/09/2020 Día Mes Año		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad			