



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

Modelo 2017.1
FOLIO

190681830

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (KUSAT) 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 DATOS PERSONALES OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Ma. Isabel</u> <u>Gaspar</u> <u>Martinez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>05/11/1954</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☐ 01 Mujer ☒ 02 Se ignora ☐ 09
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>GAMIS411105MSPRS01</u> Se ignora ☐ 99 Si ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09 Otra ☐ 02 Especifique	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 01 Se ignora ☐ 09 Otra ☐ 02 Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: Horas: Para menores de un día: Para menores de un mes: Para menores de un año: <u>065</u> Años cumplidos Se ignora ☐ 09	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ 06 Viudo(a) ☐ 02 Casado(a) ☒ 05 En unión libre ☐ 04 Divorciado(a) ☐ 03 Soltero(a) ☐ 01 Se ignora ☐ 09	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Avenida</u> <u>20 de Noviembre</u> 10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda <u>360</u> <u>Localidad</u> <u>Laguna de San Vicente</u> 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>7195100</u> <u>Villa de Reyes</u> <u>Villa de Reyes</u> <u>S.L.P.</u> 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 01 Preescolar ☐ 12 Primaria ☒ 03 Secundaria ☐ 05 Bachillerato o preparatoria ☐ 07 Profesional ☐ 08 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 99 Completa ☒ 01 Incompleta ☐ 02	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar ☒ 01 Se ignora ☐ 99 12.1 Trabajaba ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 01 ISSSTE ☐ 03 SEDENA ☐ 05 Seguro Popular ☐ 07 Otra ☐ 08 IMSS ☒ 02 PEMEX ☐ 04 SEMAR ☐ 06 IMSS PROSPERA ☐ 10 Se ignora ☐ 99	
13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ 01 IMSS ☐ 03 PEMEX ☐ 05 SEMAR ☐ 07 Hospital <u>General de Soledad</u> IMSS PROSPERA ☐ 02 ISSSTE ☐ 04 SEDENA ☐ 06 Otra unidad pública ☐ 08 Unidad médica privada ☐ 09	
14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Protonoguen</u> <u>Valentin Aguado</u> <u>Colonia</u> <u>Genoveva Rivas Guillón</u> 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 <u>1112</u> <u>Soledad Graciana</u> <u>Soledad Graciana</u> <u>S.L.P.</u> 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>03/10/2020</u> <u>10:54</u> Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si ☐ 01 No ☒ 02	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) <u>Síndrome Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía Atípica por SARS-CoV-2</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Diabetes Mellitus</u> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>10 días</u> <u>5 días</u> <u>años</u> 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 ☐ 01 El parto ☐ 02 El puerperio ☐ 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 05	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ 01 No ☒ 02	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ 01 No ☒ 02	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente ☐ 01 Homicidio ☐ 02 Suicidio ☐ 03 Se ignora ☐ 09 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 01 Área deportiva ☐ 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 04 Calle o carretera (vía pública) ☐ 05 Escuela u oficina pública ☐ 02 Área comercial o de servicio ☐ 06 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 06 Granja (rancho o parcela) ☐ 07 Otro ☐ 08 Se ignora ☐ 09	
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 Añote 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	
23. NOMBRE <u>Judith</u> <u>Piña</u> <u>Gonzalez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 01 Médico legista ☐ 02 Otro médico ☒ 03 <u>Directivo Tono</u> Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 04 Autoridad civil ☐ 05 Otro ☐ 08 Especifique	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>3203093</u>	
27. NOMBRE <u>Enka Alicia</u> <u>Domínguez</u> <u>Yerena</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Protonoguen</u> <u>Valentin Aguado</u> <u>1112</u> <u>Genoveva Rivas Guillón</u> <u>7184136</u> <u>Soledad Graciana</u> <u>S.L.P.</u> 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 delegación 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>03/10/2020</u> Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA 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 Mes Año	

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

190681830