



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

FOLIO

190681833

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 LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) José Luis Scott Lucio Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 30/12/1954 Día Mes Año	
3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP S04L5411230HSPICCS06 Se ignora ☐ Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐ Otra ☐ 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: Años cumplidos: 065 Se ignora ☐	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle Nayarit 10.1 Tipo de vivienda: Popular 10.2 Nombre de la vivienda: Popular 10.3 Núm. Exterior: 588 10.4 Núm. Interior: 78300 10.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí 10.6 Nombre del asentamiento humano: S.L.P. 10.7 Código Postal: 78300 10.8 Localidad: San Luis Potosí 10.9 Municipio o delegación: San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): S.L.P.	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 11.2 Trabajaba: Si No ☐ Se ignora ☐	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Comerciante Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación: 065	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☒ 14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Salud 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): Valentín Amador Benavente Rivas Guillén	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Protonocera 15.1 Tipo de vivienda: Popular 15.2 Nombre de la vivienda: Protonocera 15.3 Núm. Exterior: 112 15.4 Núm. Interior: 78436 15.5 Tipo de asentamiento humano: Soledad Graciano S. 15.6 Nombre del asentamiento humano: Soledad Graciano S. 15.7 Código Postal: 78436 15.8 Localidad: Soledad Graciano S. 15.9 Municipio o delegación: Soledad Graciano S. 15.10 Entidad federativa: S.L.P.	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 03/10/2020 14:56 Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada región. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro-; artificio, asfena, etc.) PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. a) Síndrome Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de): Edias b) Neumomía por COVID-19 Debido a (o como consecuencia de): 20 días c) Hipertensión Debido a (o como consecuencia de): años d) Obesidad Debido a (o como consecuencia de): años PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo.	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 20	
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 ☐ 43 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 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): Esposa 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: Popular 22.7.2 Nombre de la vivienda: Protonocera 22.7.3 Núm. Exterior: 112 22.7.4 Núm. Interior: 78436 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: Soledad Graciano S. 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: Soledad Graciano S. 22.7.7 Código Postal: 78436 22.7.8 Localidad: Soledad Graciano S. 22.7.9 Municipio o delegación: Soledad Graciano S. 22.7.10 Entidad federativa: S.L.P.	
23. NOMBRE Elvia Antonia Martínez González Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Esposa	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Directo Tuma Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ 3207093 Número de la cédula profesional	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 27. NOMBRE Frika Hacer Domínguez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 28. FIRMA Frika Hacer Domínguez 29. DOMICILIO Y TELÉFONO: Protonocera 29.1 Tipo de vivienda: Popular 29.2 Nombre de la vivienda: Protonocera 29.3 Núm. Exterior: 112 29.4 Núm. Interior: 78436 29.5 Tipo de asentamiento humano: Soledad Graciano S. 29.6 Nombre del asentamiento humano: Soledad Graciano S. 29.7 Código Postal: 78436 29.8 Localidad: Soledad Graciano S. 29.9 Municipio o delegación: Soledad Graciano S. 29.10 Entidad federativa: S.L.P. 29.11 Teléfono: 03102020	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 03/10/2020 Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 190681833 Libro Núm. 190681833 31.1 Acta Núm. 190681833	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: Soledad Graciano S. 32.2 Municipio o delegación: Soledad Graciano S. 32.3 Entidad federativa: S.L.P. 32.4 Día: 03 Mes: 10 Año: 2020	

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