



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

190681834

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Enrique Mann Cruz.			
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 15/07/1929 Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP MACIE290715HSPPRN09		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora _____ Minutos		Para menores de un día _____ Horas		Para menores de un mes _____ Días	
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 1898		10.1 Tipo de vialidad Colonia		10.2 Nombre de la vialidad Ninos Heroes	
10.3 Núm. Exterior 718340		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input checked="" type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL Pensionado <input type="radio"/> Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1112		15.1 Tipo de vialidad Colonia		15.2 Nombre de la vialidad Valentín Amador	
15.3 Núm. Exterior 718340		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 06/10/2020 10:41:15 Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 días	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Neumonía Adquirida en la Comunidad Debido a (o como consecuencia de)		3 días	
c)		Debido a (o como consecuencia de)			
d)					
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o el estado morbo que la produjo		Hiperpresión Arterial Sistémica Hiperplasia Prostática		Años Años	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8	
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				22.7.11 Entidad federativa	
23. NOMBRE Beatriz Eugenia Mann Hernández		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Nombre(s)					
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico * <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil * <input type="radio"/> 5 Otro * <input type="radio"/> 8		*Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 3272274	
Número de la cédula profesional					
27. NOMBRE Lucía Susana Ordóñez Torres		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Nombre(s)					
29. DOMICILIO y TELÉFONO Avenida Valentín Amador 1112 Colonia: Ciudad Nuevo Rivas Guillén 71834061		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad	
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	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 06/10/2020	
REG. N°		32.1 Localidad		Día Mes Año	

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a 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

190681834