



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

190681838

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

G.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Rosa Camacho Rocha Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 18 07 1963 Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2 Se ignora ☐ 9
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP CARR630718MSPMC504 Se ignora ☐ 99 Si ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09 Otra ☐ 02 → Especifique	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Mexicana ☒ 1 Se ignora ☐ 09 Otra ☐ 02 → Especifique	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Se ignora ☐ 09 Otra ☐ 02 → 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: 057 Años cumplidos Se ignora ☐ 99	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ 06 Viudo(a) ☐ 02 Casado(a) ☐ 03 En unión libre ☐ 04 Divorciado(a) ☐ 03 Soltero(a) ☐ 01 Se ignora ☐ 99	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 372 - Fraccionamiento Lomas Satélite 10.1 Tipo de Vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 783810 San Luis Potosí 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 ☐ 1 Preescolar ☐ 12 Primaria ☐ 3 Secundaria ☒ 5 Bachillerato o preparatoria ☐ 7 Profesional ☐ 8 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 99 Completa ☒ 1 Incompleta ☐ 02 11.1 La escolaridad seleccionada es: 12. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar Se ignora ☐ 99 12.1 Trabajaba Si ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ 1 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 ☒ 1 IMSS ☐ 03 PEMEX ☐ 05 SEMAR ☐ 07 Unidad médica pública ☐ 08 Unidad médica privada ☐ 09 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Hospital General de Soledad	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1112 - Calle Prolongación Valentín Amador Rivas Guillén 15.1 Tipo de Vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano Soledad de Tracano Sanchez 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 07 10 2020 2015 Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ 1 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09	
18. ¿SE PRACTICÓ 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) Choque séptico Debido a (o como consecuencia de) b) Neumonia por COVID 19 Debido a (o como consecuencia de) 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 estado moribundo que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 4 días 34 días 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 (tailor, fábrica u obra) Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 01 Calle o carretera (vía pública) ☐ 04 Escuela u oficina pública ☐ 02 Área comercial o de servicio ☐ 05 Se ignora ☐ 09 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) 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 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 Lucilo Hernandez Macias Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Esposo	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 01 Médico legista ☐ 02 Otro médico* ☒ 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 04 Autoridad civil* ☐ 05 Otro* ☐ 08 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Especifique Directivo de guardia Número de la cédula profesional 3288380	
27. NOMBRE Mauro Ramirez Cuervo Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 28. FIRMA 	
29. DOMICILIO y TELÉFONO Calle Prolongación Valentín Amador Rivas Guillén 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano Soledad de Tracano Sanchez 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa San Luis Potosí 29.11 Teléfono 8260100	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 07 10 2020 Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	

190681838