

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



200623339

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

200623339

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)  

Jose Luis Acosta Saens

Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO  

11061975

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  

A05L750611HSPCN50H

Se ignora

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?  

No

Se ignora

7. NACIONALIDAD  

Mexicana

Otra

Se ignora

8. EDAD CUMPLIDA  

044

Años cumplidos

9. ESTADO CONYUGAL  

En unión libre

Separado(a)

Viudo(a)

Casado(a)

Divorciado(a)

Soltero(a)

Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL  

Calle Netzahualcoyotl 620 Barrio 8 De Tlaxcala

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

10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD  

Ninguna

Preescolar

Primaria

Secundaria

Bachillerato o preparatoria

Profesional

Posgrado

Se ignora

Completa

Incompleta

12. OCUPACIÓN HABITUAL  

Comerciante

Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD  

Ninguna

ISSSTE

SEDENA

Seguro Popular

Otra

IMSS

PEMEX

SEMAR

IMSS PROSPERA

Se ignora

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN  

Hospital General de Soledad

Secretaría de Salud

IMSS

PEMEX

SEMAR

IMSS PROSPERA

ISSSTE

SEDENA

Otra unidad pública

Unidad médica privada

Via pública

Otro lugar

Hogar

Se ignora

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN  

Prolongación Valentín Amador 1112 Colonia Bivas Guillen Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosí

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

15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN  

090520200425

Día Mes Año Horas Minutos

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?  

Sí

No

Se ignora

18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?  

Sí

No

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) Síndrome de distres respiratorio agudo 4 días

Debido a (o como consecuencia de)

b) Neumonía Veral COVID 19 Confirmado 8 días

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 morbo que la produjo

Insuficiencia Renal Crónica 2 años

Hipertensión Arterial 2 años

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

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

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Sí

No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Sí

No

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?

Sí

No

Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular

Área deportiva

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)

Calle o carretera (vía pública)

Escuela u oficina pública

Área comercial o de servicio

Área industrial (taller, fábrica u obra)

Granja (rancho o parcela)

Otro

Se ignora

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 Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa

23. NOMBRE  

Guadalupe Sustanta Briseño

Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)  

Esposa

25. CERTIFICADA POR  

Médico tratante

Médico legista

Otro médico

Persona autorizada por la Secretaría de Salud

Autoridad civil

Otro

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

3188380

Número de la cédula profesional

27. NOMBRE  

Mauro Mamirer Cuervo

Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO  

Prolongación Valentín Amador 1112 Colonia Bivas Guillen Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosí

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

29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN  

09052020

Día Mes Año

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO  
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

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