



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

FOLIO
200624371

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

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Francisco Martinez Hernandez		2. FECHA DE NACIMIENTO 14/07/1963		3. SEXO ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ Se ignora		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP MAHF630714HSPRR00		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? ☐ SI ☒ No ☐ Se ignora		7. NACIONALIDAD ☒ Mexicana ☐ Otra ☐ Se ignora		8. EDAD CUMPLIDA 056	
9. ESTADO CONYUGAL ☐ En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☒ Casado(a) ☐ Se ignora		10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Localidad El ojite Localidad El ojite 79250 El ojite Cd. Valles San Luis Potosí		11. ESCOLARIDAD ☐ Ninguna ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora		12. OCUPACIÓN HABITUAL Tornalero	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD ☒ Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN ☒ Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEXEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Se ignora		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1112 Calle Valentín Amorador Colonia Rivas Guillen Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosí		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10/06/2020 13:33	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☒ SI ☐ No ☐ Se ignora		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? ☐ SI ☒ No		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Ante una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Neumonía por COVID 19 b) Gangrena de Fournier Causas antecedentes Estados morbosos, si existieron alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica c) Hipertensión Arterial Sistémica d) Diabetes Mellitus tipo 2		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 24 hrs. 5 días 5 años 10 años.	
20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 20.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 41 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 después del embarazo, parto o puerperio? ☐ SI ☒ No		21.3 ¿Las causas anotadas corresponden al embarazo, parto o puerperio? ☐ SI ☒ No		22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CE	
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 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Vivienda colectiva (edificio, oficina, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área industrial (oficina, taller, obra) ☐ Área deportiva ☐ Calle o camión (vía pública) ☐ Área comercial o de servicio ☐ Granja (parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ 22.4 Ante la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): ☐ Área industrial (oficina, taller, obra) ☐ Área deportiva ☐ Calle o camión (vía pública) ☐ Granja (parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐		22.4 Ante la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): ☐ Área industrial (oficina, taller, obra) ☐ Área deportiva ☐ Calle o camión (vía pública) ☐ Granja (parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐		22.5 Descripción breve de la situación, circunstancia o hechos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.5.1 Tipo de vivienda 22.5.2 Nombre de la vivienda 22.5.3 Num. Exterior 22.5.4 Num. Interior 22.5.5 Tipo de asentamiento humano 22.5.6 Nombre del asentamiento humano 22.5.7 Código Postal 22.5.8 Localidad 22.5.9 Municipio o Alcaldía 22.5.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE Serafin Martinez Castro		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo		25. CERTIFICADA POR: Médico volante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Directivo de guardia		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 3288380	
27. NOMBRE Mauro Ramirez Cuervo		28. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle Valentín Amorador 112 Colonia Rivas Guillen Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosí		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN 11/06/2020		30. FECHA DE REGISTRO 11/06/2020	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 8260100		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día 32.5 Mes 32.6 Año		33. FECHA DE REGISTRO 33.1 Localidad 33.2 Municipio o Alcaldía 33.3 Entidad federativa 33.4 Día 33.5 Mes 33.6 Año		34. FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Municipio o Alcaldía 34.3 Entidad federativa 34.4 Día 34.5 Mes 34.6 Año	

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