



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

Mayo 2011
FOLIO
200624373

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Lucina Cruz Aleman	
2. FECHA DE NACIMIENTO 31121929	3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Sexo ☐
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP CUAL291231MSPALC09	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐	
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: 090 Años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL Separación ☐ Viudez ☐ Casado ☐ En unión libre ☐ Divorciado ☐ Soltero ☒ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Antes el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): Calle San Carlos 10.1 Tipo de vivienda: Traccionamiento 10.2 Nombre de la vivienda: Urb. del Sol 10.3 Num. Exterior: 718390 10.4 Num. Interior: La Libertad 10.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí 10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 10.7 Código Postal: 718390 10.8 Localidad: San Luis Potosí 10.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (al residir en el extranjero): San Luis Potosí	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ Primaria ☐ Secundaria ☐ Terciaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Amo de casa 12.1 Trabajador ☐ No ☒ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otro ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ ISSSTE ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital General de Soledad IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Soledad 14.2 Clase Grupos de Establecimientos de Salud (CLUES): 1	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Calle Prolongación Valentín Amador 15.2 Nombre de la vivienda: Rivera Guillen 15.3 Num. Exterior: 1112 15.4 Num. Interior: Colonia 15.5 Tipo de asentamiento humano: Soledad de Traciño Sánchez 15.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 15.7 Código Postal: 718390 15.8 Localidad: San Luis Potosí 15.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 110620200257	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) Insuficiencia respiratoria aguda Debida a (o como consecuencia de): Neumonía Viral Covid 19 b) Neumonía Viral Covid 19 Debida a (o como consecuencia de): Neumonía Viral Covid 19 c) Neumonía Viral Covid 19 Debida a (o como consecuencia de): Neumonía Viral Covid 19 d) Neumonía Viral Covid 19 Debida a (o como consecuencia de): Neumonía Viral Covid 19 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moribundo que la produjo: Demencia Senil Hipertensión Arterial 7 días 17 días 3 años Años	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: U01.9	
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 asociadas del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o caminata (en pública) ☐ Escuela o oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Área industrial (calle, fábrica u otra) ☐ Granja (ranchos o parcelas) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): Se ignora 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.5 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o hechos 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 vivienda: Traccionamiento 22.7.2 Nombre de la vivienda: Urb. del Sol 22.7.3 Num. Exterior: 718390 22.7.4 Num. Interior: La Libertad 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 22.7.7 Código Postal: 718390 22.7.8 Localidad: San Luis Potosí 22.7.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 22.7.10 Entidad federativa: San Luis Potosí	
23. NOMBRE Leticia Vazquez Cruz	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Sobrina	
25. CERTIFICADA POR: Médico interno ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Directora de quimica 25.1 Nombre: Mauro Ramirez Cuervo 25.2 Puesto: Director de quimica 25.3 Fecha de certificación: 11062020 25.4 Lugar de certificación: San Luis Potosí 25.5 Teléfono: 8260100	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 3288380 Firma: [Firma]	
27. DOMICILIO Y TELÉFONO: 27.1 Tipo de vivienda: Traccionamiento 27.2 Nombre de la vivienda: Urb. del Sol 27.3 Num. Exterior: 718390 27.4 Num. Interior: La Libertad 27.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí 27.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 27.7 Código Postal: 718390 27.8 Localidad: San Luis Potosí 27.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 27.10 Entidad federativa: San Luis Potosí 27.11 Teléfono: 8260100	
28. FECHA DE CERTIFICACIÓN 11062020	
29. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 29.1 Localidad: San Luis Potosí 29.2 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 29.3 Entidad federativa: San Luis Potosí 29.4 Día: 11 29.5 Mes: 06 29.6 Año: 2020	
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: 30.1 Acta Num.: 11062020 30.2 Libro Num.: 11062020 30.3 Acta Num.: 11062020 30.4 Libro Num.: 11062020 30.5 Acta Num.: 11062020 30.6 Libro Num.: 11062020 30.7 Acta Num.: 11062020 30.8 Libro Num.: 11062020 30.9 Acta Num.: 11062020 30.10 Libro Num.: 11062020 30.11 Acta Num.: 11062020 30.12 Libro Num.: 11062020	

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