



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

FOLIO
200624647

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Adán Oliva Martínez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO 16/12/1979 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 O1MA791216HSPRLRDO8 Se ignora ☐ Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: Horas: Para menores de un día: Para menores de un mes: Para menores de un año: Para personas de un año o más: 040 Años cumplidos	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 30 Calle Hidalgo Localidad: Laguna de San Vicente 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: 79500 Laguna de San Vicente Villa de Reyes S. L. P. 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 Obrero 12.1 Trabajaba: Si ☒ No ☐ Se ignora ☐		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital General de Soledad IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐		14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1112 Protonación 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: 78436 Genovevo Rivas Guillén Soledad Graciano Sánchez S. L. P. 15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: 15.9 Municipio o Alcaldía: 15.10 Entidad federativa:		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 14/06/2020 12:15 Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Sepsis pulmonar Debido a (o como consecuencia de) b) Neumonía por COVID-19 Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒ Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 18 días Uso exclusivo del personal codificador Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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? Si ☐ No ☒	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☒	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
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 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Otro ☐ Se ignora ☐		
22.4 Anoté 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 Anoté 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:				

DEL INF.

23. NOMBRE Hermelinda Cortiáez Ortiz Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Esposa	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Directivo Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 3207093 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Enka Alicia Domínguez Yerega Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA 	
29. DOMICILIO y TELÉFONO Protonación 29.1 Tipo de vialidad: 29.2 Nombre de la vialidad: Genovevo Rivas Guillén 78436 Genovevo Rivas Guillén 29.3 Núm. Exterior: 29.4 Núm. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: Soledad Graciano S. S. L. P. 4448260100 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 14/06/2020 Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	

200624647