

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

FOLIO  
**200625050**

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DEL FALLECIDO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                |
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Maria Elvira Esquivel Maya</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO<br><u>23/01/1967</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 3. SEXO<br>Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |
| 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br><u>San Luis Potosí</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                |
| 5. CURP<br><u>EVHE670123HSPSYL03</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                |
| 6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                |
| 7. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especificar _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                |
| 8. EDAD CUMPLIDA<br>Para menores de una hora: Horas _____ Minutos _____<br>Para menores de un día: Horas _____ Minutos _____<br>Para menores de un mes: Horas _____ Minutos _____<br>Para menores de un año: Horas _____ Minutos _____<br>Para menores de un año o más: Años cumplidos <u>053</u> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                |
| 9. ESTADO CONYUGAL<br>En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL<br>Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a):<br>10.1 Tipo de vivienda: <u>107</u><br>10.2 Nombre de la vivienda: <u>colonia San Francisco</u><br>10.3 Núm. Exterior: <u>78435</u><br>10.4 Núm. Interior: <u>San Luis Potosí</u><br>10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u><br>10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u><br>10.7 Código Postal: <u>78435</u><br>10.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u><br>10.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u><br>10.10 Entidad federativa o país (si nació en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                |
| 11. ESCOLARIDAD<br>Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                |
| 12. OCUPACIÓN HABITUAL<br><u>Hogar</u><br>12.1 Trabajador: Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Ocupación: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br>Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital General de Soledad<br>14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General de Soledad</u><br>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br><u>1112</u><br>15.1 Tipo de vivienda: <u>Hospital</u><br>15.2 Nombre de la vivienda: <u>Valentin Amador</u><br>15.3 Núm. Exterior: <u>78435</u><br>15.4 Núm. Interior: <u>Soledad</u><br>15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Soledad</u><br>15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Soledad</u><br>15.7 Código Postal: <u>78435</u><br>15.8 Localidad: <u>Soledad</u><br>15.9 Municipio o Alcaldía: <u>Soledad</u><br>15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br>Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |
| 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                |
| 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Ante una sola causa en cada renglón. Escribir varias causas de morir - ejemplo: parú ruidoso, asfixia, etc.)<br>PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente:<br>a) <u>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u><br>Debido a (o como consecuencia de):<br>b) <u>Neumonía viral covid 19</u><br>Debido a (o como consecuencia de):<br>c) _____<br>Debido a (o como consecuencia de):<br>d) _____<br>Causas antecedentes:<br>Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica:<br>PARTE II<br>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo:<br>PARTE III<br>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte:<br><u>8 días</u><br>Código CIE: _____             |                                                                                                                |
| 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br>Código CIE: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 15 A 54 AÑOS<br>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones atípicas del embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE<br>22.1 Fue un presunto:<br>Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 ¿En dónde ocurrió la lesión?<br>Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva (área, cancha o pista) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (área, fábrica u otra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Ante la relación que tenía el presunto agresor con ella: fallecido(a) _____ |                                                                                                                |
| 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____<br>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:<br>22.7 Ante el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:<br>22.7.1 Tipo de vivienda: _____<br>22.7.2 Nombre de la vivienda: _____<br>22.7.3 Núm. Exterior: _____<br>22.7.4 Núm. Interior: _____<br>22.7.5 Tipo de asentamiento humano: _____<br>22.7.6 Nombre del asentamiento humano: _____<br>22.7.7 Código Postal: _____<br>22.7.8 Localidad: _____<br>22.7.9 Municipio o Alcaldía: _____<br>22.7.10 Entidad federativa: _____                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                |
| 23. NOMBRE<br><u>Maria de los Angeles Lapochino Esquivel</u><br>Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                |
| 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)<br><u>Hija</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                |
| 25. CERTIFICADA POR<br>Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                |
| 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br><u>7010168</u><br>Número de la cédula profesional:<br>26. FIRMA: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                |
| 27. NOMBRE<br><u>Rodrigo Iván Tapia Ramos</u><br>Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                |
| 28. DOMICILIO Y TELÉFONO<br>28.1 Tipo de vivienda: _____<br>28.2 Nombre de la vivienda: _____<br>28.3 Núm. Exterior: _____<br>28.4 Núm. Interior: _____<br>28.5 Tipo de asentamiento humano: _____<br>28.6 Nombre del asentamiento humano: _____<br>28.7 Código Postal: _____<br>28.8 Localidad: _____<br>28.9 Municipio o Alcaldía: _____<br>28.10 Entidad federativa: _____<br>28.11 Teléfono: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                |
| 29. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br>Día _____ Mes _____ Año _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |
| 30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO<br>30.1 Localidad: _____<br>30.2 Municipio o Alcaldía: _____<br>30.3 Entidad federativa: _____<br>30.4 Día _____ Mes _____ Año _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO<br>Libro Núm. _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |

200625050