



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

FOLIO  
200625367

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

MUERTE ACCIDENTAL Y VIOLENTA

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Ma Martha Varquez Sucedo</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                    |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO<br><u>12 04 1960</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 3. SEXO<br><input checked="" type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> No sabe |
| 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br><u>Refugio villa Hidalgo, zacatecas</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                    |
| 5. CURP<br><u>VASH600412MZSZCR00</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                    |
| 6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?<br><input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                    |
| 7. NACIONALIDAD<br><input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Extranjera <input type="radio"/> No sabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                    |
| 8. ESTADO CONYUGAL<br><input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                    |
| 9. RESIDENCIA HABITUAL<br>10.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u><br>10.2 Nombre de la vivienda: <u>Narciso Mendoza</u><br>10.3 Núm. Exterior: <u>10</u><br>10.4 Núm. Interior: <u>78622</u><br>10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Salinas de Hidalgo</u><br>10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Salinas de Hidalgo</u><br>10.7 Código Postal: <u>78622</u><br>10.8 Localidad: <u>Salinas de Hidalgo</u><br>10.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u><br>10.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>                                                                                                         |                                                                                                                    |
| 11. ESCOLARIDAD<br>11.1 La escolaridad seleccionada es:<br><input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input checked="" type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> No sabe<br>11.2 Ocupación habitual: <u>Empleada</u><br>11.3 Trabajaba: <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe                                                                                                                                                                   |                                                                                                                    |
| 12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br><input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otro <input checked="" type="radio"/> No afiliado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                    |
| 13. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>13.1 Tipo de sitio: <u>Hospital General de Soledad</u><br>13.2 Nombre de la unidad médica: <u>Valentin Amador</u><br>13.3 Núm. Exterior: <u>1112</u><br>13.4 Núm. Interior: <u>78435</u><br>13.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Soledad</u><br>13.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Soledad</u><br>13.7 Código Postal: <u>78435</u><br>13.8 Localidad: <u>Soledad</u><br>13.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u><br>13.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>                                                                                                  |                                                                                                                    |
| 14. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>14.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u><br>14.2 Nombre de la vivienda: <u>Valentin Amador</u><br>14.3 Núm. Exterior: <u>1112</u><br>14.4 Núm. Interior: <u>78435</u><br>14.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Soledad</u><br>14.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Soledad</u><br>14.7 Código Postal: <u>78435</u><br>14.8 Localidad: <u>Soledad</u><br>14.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u><br>14.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>                                                                                                                      |                                                                                                                    |
| 15. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br><u>23 06 2020 04 45</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                    |
| 16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Entre señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, sepsis, etc.)<br>a) <u>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u><br>b) <u>Neumonía viral covid-19</u><br>c) <u></u><br>d) <u></u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                    |
| 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br><input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                    |
| 18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA?<br><input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                    |
| 19. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br>19.1 Especificar si la muerte ocurrió durante:<br><input type="radio"/> Embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte<br>19.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?<br><input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No<br>19.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?<br><input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No               |                                                                                                                    |
| 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br>Código CIE: <u>09</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                    |
| 21. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE<br>21.1 Fue un presunto:<br><input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora<br>21.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br><input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora<br>21.3 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:<br><u>78435</u><br>21.4 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:<br><u></u> |                                                                                                                    |
| 22. ANTE EL DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN<br>22.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u><br>22.2 Nombre de la vivienda: <u>Valentin Amador</u><br>22.3 Núm. Exterior: <u>1112</u><br>22.4 Núm. Interior: <u>78435</u><br>22.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Soledad</u><br>22.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Soledad</u><br>22.7 Código Postal: <u>78435</u><br>22.8 Localidad: <u>Soledad</u><br>22.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u><br>22.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>                                                                                                                 |                                                                                                                    |
| 23. NOMBRE DEL CERTIFICANTE<br><u>Rodrigo Iván Tapia Ramos</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                    |
| 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)<br><u>Sobrina</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                    |
| 25. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br><u>7010168</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                    |
| 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br><u>7010168</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                    |
| 27. DOMICILIO Y TELÉFONO<br>27.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u><br>27.2 Nombre de la vivienda: <u>Valentin Amador</u><br>27.3 Núm. Exterior: <u>1112</u><br>27.4 Núm. Interior: <u>78435</u><br>27.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Soledad</u><br>27.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Soledad</u><br>27.7 Código Postal: <u>78435</u><br>27.8 Localidad: <u>Soledad</u><br>27.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u><br>27.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>                                                                                                                                      |                                                                                                                    |
| 28. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br><u>23 06 2020</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                    |
| 29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO<br><u>8260100</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                    |
| 30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO<br>30.1 Localidad: <u>Soledad</u><br>30.2 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                    |