



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

FOLIO
200625374

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) José Alberto Rivera Bravo	
2. FECHA DE NACIMIENTO 04041980	3. SEXO ☒ Masculino ☐ Femenino
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP R1BA800404HSPVRLO2	
6. EDAD COMPLETA 40	7. NACIONALIDAD ☒ Mexicana ☐ Extranjera
8. ESTADO CONYUGAL ☒ Casado ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Separado	
9. RESIDENCIA HABITUAL Calle Turin Fraccionamiento Las Mercedes Código Postal 399 Municipio San Luis Potosí Entidad Federativa San Luis Potosí	
10. ESCOLARIDAD Nivel ☒ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior ☐ Superior Grado ☒ Completo ☐ Incompleto	
11. OCUPIACIÓN HABITUAL Comerciante	
12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD ☒ IMSS ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Otro ☐ Sin afiliación	
13. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Otro ☐ Sin sitio Nombre de la unidad médica Hospital General de Soledad Código Único de la Unidad Médica 1112	
14. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Código Postal 78436 Tipo de asentamiento humano Prolongación Nombre de la localidad Valentín Amador Municipio Rivas Buillen Entidad Federativa San Luis Potosí	
15. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Fecha 24062020 Hora 1040	
16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☒ Sí ☐ No ☐ Se ignora	
17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? ☐ Sí ☒ No	
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Ante una sola causa en cada renglón. Escribir nombre de la enfermedad o lesión, ejemplo: paro cardíaco, accidente, etc.) a) Choque Séptico Debido a (o como consecuencia de) Neumonía Covid 19 b) Neumonía Covid 19 Debido a (o como consecuencia de) Hipertensión arterial sistémica c) Hipertensión arterial sistémica Debido a (o como consecuencia de) 2 años d) 2 años	
19. 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 ☐ a) 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? ☐ Sí ☒ No 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? ☐ Sí ☒ No	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 5982463	
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? ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Ante la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): ☐ Conocido ☐ Desconocido ☐ Se ignora ☐ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias, motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7 Ante el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: 22.7.2 Nombre de la vivienda: 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:	
23. NOMBRE María Karla Castillo Acosta	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Exposa	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 5982463 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Karely Espericueta Bravo	
28. FIRMA Karely Espericueta Bravo	
29. DOMICILIO y TELÉFONO Tipo de vivienda Prolongación Nombre de la vivienda Valentín Amador Código Postal 78436 Localidad Rivas Buillen Municipio San Luis Potosí Entidad federativa San Luis Potosí Teléfono 1112	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 24062020	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. Sanchez Libro Núm. San Luis Potosí	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: 32.2 Municipio o Alcaldía: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día Mes Año:	

200625374