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

FOLIO 200625376

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): María (Nombre(s)) Chávez (Primer Apellido) Martínez (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO: 21 (Día) 01 (Mes) 928 (Año)

3. SEXO: Hombre ○ Mujer ⊗ Se ignora ○

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: San Luis Potosí (Entidad federativa o país de nacimiento en el extranjero)

5. CURP: CAMM281021MSPHRR03 Se ignora ○

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○ No ⊗ Se ignora ○

7. NACIONALIDAD: Mexicana ⊗ Otra ○ → Mexicana (Especifique) 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: 91 Años cumplidos Se ignora ○

Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento; 8.2 Semanas de gestación; 8.3 Peso (gramos)

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) ○ Viudo(a) ○ Casado(a) ○ En unión libre ○ Divorciado(a) ○ Soltero(a) ○ Se ignora ○

10. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: Calle
10.2 Nombre de la vialidad: Narciso Mendoza
10.3 Núm. Exterior: 15
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: Barrio
10.6 Nombre del asentamiento humano: El Mirador
10.7 Código Postal: 78625
10.8 Localidad: Salinas
10.9 Municipio o Alcaldía: Salinas
10.10 Entidad federativa o país de residencia en el extranjero: San Luis Potosí

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ⊗ Preescolar ○ Primaria ○ Secundaria ○ Bachillerato o preparatoria ○ Profesional ○ Posgrado ○ Se ignora ○
11.1 La escolaridad está terminada en: Completa ○ Incompleta ○

12. OCUPACIÓN HABITUAL: Hogar
12.1 Trabajaba: Sí ○ No ⊗ Se ignora ○

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ⊗ ISSSTE ○ SEDENA ○ Seguro Popular ○ Otra ○ IMSS ○ PEMEX ○ SEMAR ○ IMSS PROSPERA ○ Se ignora ○
13.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ○ IMSS ○ PEMEX ○ SEMAR ○ Hosp General Soledad
IMSS PROSPERA ○ ISSSTE ○ SEDENA ○ Otra unidad pública ○ Unidad médica privada ○
14.1 Nombre de la unidad médica: SLPSSA013113
14.2 Clave única de Establecimientos de Salud (CLUES)
Vía pública ○ Otro lugar ○ Hogar ○ Se ignora ○

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: calle
15.2 Nombre de la vialidad: Malonación Valentín Amador
15.3 Núm. Exterior: 1112
15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
15.6 Nombre del asentamiento humano: Rivas Guillen
15.7 Código Postal: 78436
15.8 Localidad: Soledad
15.9 Municipio o Alcaldía: Soledad
15.10 Entidad federativa: SLP

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 24 (Día) 06 (Mes) 2020 (Año) 05:43 (Hora)

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) Neumonía por COVID-19
Debido a (o como consecuencia de)

Causas antecedentes. Estados morbosos, si existen alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica
b)
Debido a (o como consecuencia de)
c)
Debido a (o como consecuencia de)
d)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: días

Código CIE

PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

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 tienen relación con el 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

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○ Escuela u oficina pública ○ Área deportiva ○ Calle o carretera (vía pública) ○ Área industrial (taller, fábrica, etc.) ○ Granja (rancho o parcela) ○ Otro ○ Se ignora ○
22.4 Anote 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, circunstancias, motivos 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 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: J. Fernando López Chávez (Nombre(s)) (Primer Apellido) (Segundo Apellido)

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Hijo

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○ Médico legista ○ Otro médico* ○ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ⊗ Autoridad civil* ○ Otro* ○ *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 74666279 Número de la cédula profesional

27. NOMBRE: María del Carmen Medina González (Nombre(s)) (Primer Apellido) (Segundo Apellido)

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Calle
29.2 Nombre de la vialidad: Mal. Valentín Amador
29.3 Núm. Exterior: 1112
29.4 Núm. Interior:
29.5 Tipo de asentamiento humano:
29.6 Nombre del asentamiento humano: Rivas Guillen
29.7 Código Postal: 78436
29.8 Localidad: Soledad
29.9 Municipio o Alcaldía: Soledad.
29.10 Entidad federativa: SLP
29.11 Teléfono: 4448260100

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 24 (Día) 06 (Mes) 2020 (Año)

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
Núm. Libro Núm.
31.1 Acta Núm.

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad
32.2 Municipio o Alcaldía
32.3 Entidad federativa
32.4 Día Mes Año

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

DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

Distribución gratuita