



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

200625381

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) Teodora Hernandez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) Se ignora ☐
2. FECHA DE NACIMIENTO 02 04 1971 Día Mes Año	7. NACIONALIDAD Mexicana Mexicana ☒ Otra ☐ Especificar
3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐
5. CURP HEBT710402MSPRT003 Se ignora ☐	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año o más 049 Años cumplidos
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año o más 049 Años cumplidos	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Vuelto(a) ☐ Casado(a) ☒ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 71 Calle Ejido Ignacio Zaragoza Ojo de Agua San Luis Potosí 10.3 Num. Exterior 10.4 Num. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	12. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar Se ignora ☐
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Tercera ☐ Superior ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐	13.1 Número de seguridad social o afiliación
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ IMSS ☐ PEXEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEXEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ Otra unidad pública ☐
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1112 Avenida Hospital Soledad 15.3 Num. Exterior 15.4 Num. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 25 06 2020 19 31 Día Mes Año Horas Minutos	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Falla Orgánica Múltiple Debido a (o como consecuencia de) b) Guillain - Barre Debido a (o como consecuencia de) c) Neumonía covid-19 Debido a (o como consecuencia de) d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 4 días 30 días 31 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? Sí ☐ No ☐	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 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? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ 22.4 Añote 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 Añote 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 Num. Exterior 22.7.4 Num. 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 Adolfo Gaspar Hernandez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico* ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil* ☐ Otro* ☐ 27. NOMBRE Rodrigo Iván Tapia Ramos Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 7010168 Número de la cédula profesional
29. DOMICILIO y TELÉFONO 1112 Avenida Valentín Amador Soledad 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Num. Exterior 29.4 Num. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano	28. FIRMA Colonia
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 25 06 2020 Día Mes Año
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad	32.2 Fecha de registro

200625381