



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

200625382

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Manuel Nombre(s)		Martinez Primer Apellido		Espinosa Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 21 09 1957 Día Mes Año		3. SEXO ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP MAEM570921HSPRSN01 Se ignora ☐		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana Se ignora ☐	
8. EDAD CUMPLIDA 62 Para menores de un año o más: Años cumplidos. Para menores de un año: Meses. Para menores de un mes: Días.		9. ESTADO CONYUGAL ☐ En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☒ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Carretera a San Luis Potosí Antes de domicilio permanente donde vivió el fallecido (a)	
10.3 Num. Exterior 78450		10.4 Num. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano Orilla de la Carretera	
10.6 Localidad Ahuacalco		10.7 Código Postal		10.8 Municipio o Alcaldía San Juan Cooytlilas	
10.9 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) San Luis Potosí		11. ESCOLARIDAD ☐ Ninguna ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL Agricultor 12.1 Trabajador ☒ 12.2 No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD ☐ Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Hospital General Soledad 14.1 Nombre de la unidad médica. 14.2 Clase Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1112 15.3 Num. Exterior 15.4 Num. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano Colonias		15.6 Nombre de la localidad Valentin Amador Rivas Guillen	
15.7 Código Postal 78435		15.8 Localidad Soledad Graciano Sanchez		15.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí	
15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 25 06 2020 17:42 Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Antes una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: ejemplo: paro cardíaco, extenuación, etc.) Parte I: Síndrome Insuficiencia Respiratoria grave Neumonía Probable COVID-19 Parte II: Hipertensión Arterial Diabetes Mellitus		19. Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 24 horas 24 horas 9 años 10 años		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
21. Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: ☐ Embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ Otro ☐		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 ☐	
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 caminata (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): ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐		22.5 Descripción breve de la situación, circunstancias notorias en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.6 Descripción breve de la situación, circunstancias notorias 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: ☐ Vivienda particular ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐		22.7.2 Nombre de la vivienda		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 Luis Manuel Nombre(s)		Martinez Primer Apellido		Presas 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 ☐		26. Si el certificante es médico: 6880359 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Mercedes Lucia Sandoval Gallegos Nombre(s)		Mercedes Lucia Sandoval Gallegos Primer Apellido		28. FIRMA 	
29. DOMICILIO y TELÉFONO Prolongación Valentin Amador 29.1 Tipo de vivienda		1112 29.2 Nombre de la vivienda		Colonias 29.3 Num. Exterior 29.4 Num. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.6 Nombre del asentamiento humano Soledad Graciano Sanchez		29.7 Código Postal 78435		29.8 Localidad San Luis Potosí	
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 25 06 2020 Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA o JUZGADO ☐ Num. ☐ Libro Num.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad		32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año	

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



200625382