

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

FOLIO
200625383

ENTREGUE EL ORIGINAL, Y 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

200625383

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Catalina Mata Medina			
2. FECHA DE NACIMIENTO 01/04/1969	3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP MAMC690401MSPTOTAI		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 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: Años cumplidos: 51		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Vuelto(a) ☐ Casado(a) ☒ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde viva el fallecido (a): 10.1 Tipo de vivienda: 3 10.2 Nombre de la localidad: Santa María Acapulco 10.3 Núm. Exterior: 1797910 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: Santa Catarina 10.6 Localidad: 10.7 Código Postal: 10.8 Localidad: 10.9 Municipio o Alcaldía: 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): San Luis Potosí		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☒ Incompleta ☐	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Artesana		13.1 Número de seguridad social o afiliación:	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ Hospital General de Soledad	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: 1112 15.2 Nombre de la localidad: Colonia 15.3 Núm. Exterior: 78436 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: Soledad de Graciano 15.6 Localidad: 15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: 15.9 Municipio o Alcaldía: 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 25/06/2020 23:55	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite sonar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Choque séptico		9 días	
b) Neumonía Covid 19		27 días	
c) Linfoma no Hodgkin		1 mes	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			

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 ☐	22. 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 ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a):		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias y 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 vivienda: 22.7.2 Nombre de la localidad: 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 Julieta Montero Gonzalez	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Nuera
--	---

DEL CERTIFICANTE

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	
27. NOMBRE Karley Espericueta Bravo		28. FIRMA	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: Prolongación Valentín Amador 29.2 Nombre de la localidad: 1112 29.3 Núm. Exterior: 29.4 Núm. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia 29.6 Nombre del asentamiento humano: 29.7 Código Postal: 78436 29.8 Localidad: 29.9 Municipio o Alcaldía: 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí 29.11 Teléfono:		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 26/06/2020	

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. Libro Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: 32.2 Municipio o Alcaldía: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día Mes Año:	
--	--	---	--