



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

FOLIO
200625532

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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Luis Cecilio Dominguez Sosa			
2. FECHA DE NACIMIENTO 03/06/1966	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Veracruz	
5. CURP DOSLG660603HVZMSSOB		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Sí ☐ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ 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: 054		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Vudica ☐ Casado(a) ☒ Divorceda(a) ☐ Soltera ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Calle: Venustiano Carranza 8 Colonia: Emiliano Zapata 10.3 Num. Exterior: 10.4 Num. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: 10.6 Nombre de la localidad: San Luis Potosí 10.7 Código Postal: 10.8 Localidad: San Luis Potosí 10.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero):			
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☒ Posgrado ☐ Se ignora ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL Empresario ☒ 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:	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐		14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Salud 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 14.3 Nombre de la unidad médica: Valentín Amador 14.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 14.5 Nombre de la unidad médica: Rivas Guillen	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: 15.2 Nombre de la localidad: 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:		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 26/06/2020 05:37	

DE LA DEFUNCIÓN

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 (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Choque Séptico Debido a (o como consecuencia de) b) Neumonía COVID-19 Debido a (o como consecuencia de) c) 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 morboso que la produjo Hipertensión Arterial		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 días 16 días 8 años	

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 ☐		26. 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 ☐ Se ignora ☐		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐	
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 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 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:		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo	

DEL INF.

23. NOMBRE Luis Dominguez Lopez		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 10124703 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Najitani Donlucas Flores		28. FIRMA H	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: 29.2 Nombre de la localidad: 29.3 Num. Exterior: 29.4 Num. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: 29.6 Nombre del asentamiento humano: 29.7 Código Postal: 29.8 Localidad: 29.9 Municipio o Alcaldía: 29.10 Entidad federativa:		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 26/06/2020	



200625532