



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

FOLIO
200625542

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Antonio Lopez Torres	
2. FECHA DE NACIMIENTO 06/07/1955	3. SEXO ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ Sexo ☐
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP L07A550706HSP02AN13	
6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? ☐ Si ☒ No ☐ Se ignora	
7. NACIONALIDAD Mexicana	
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: 064 Años Meses Días	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añade el domicilio particularmente donde vivía el fallecido (a): Calle Miguel Hidalgo 465 Colonia La Pila San Luis Potosí	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: ☐ Completa ☐ Incompleta	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba ☐ Si ☐ No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ PMS ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación:	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Hospital General de Salud ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Salud 14.2 Clave única de establecimientos de salud (CUES):	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Protección 15.2 Nombre de la vivienda: Valentín Amador 15.3 Num. Exterior: 1112 15.4 Num. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia Rivas Guillen 15.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 29/06/2020 08:02	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☒ Si ☐ No ☐ Se ignora	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? ☐ Si ☒ No	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añade una sola causa en cada renglón. Esta señalar causas de muerte - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Choque Séptico b) Neumonía COVID 19 c) Dicétera Mellito d) PARTE II Otras lesiones patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado patológico que la produjo: Dicétera Mellito	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE:	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: Embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ a) 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 asociadas del embarazo, parto o puerperio? ☐ Si ☒ No	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? ☐ Si ☒ 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? ☐ Si ☒ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 ¿En dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ 22.4 Añote la relación que tenía al presunto agresor con el(a) fallecido(a): ☐ Área industrial (taller, fábrica u otra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias 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 vivienda: 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 Liliana Rebles Amayo	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Sobrina	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ 25.1 Especificar:	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 10124103 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Natiani Domínguez Flores	
28. FIRMA 	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: Protección 29.2 Nombre de la vivienda: Valentín Amador 29.3 Num. Exterior: 1112 29.4 Num. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia Rivas Guillen 29.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 29.7 Código Postal: 78435 29.8 Localidad: San Luis Potosí 29.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí 29.11 Teléfono:	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 29/06/2020	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. Libro Num.	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad:	

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

200625542