



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

200625552

FOLIO

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) Javier Montera Castillo	
2. FECHA DE NACIMIENTO 25 09 1965	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Guarayaato	
5. CURP MECJG509954GTNSV01	
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: 54 Años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☒ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Antes al domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: Calle 10.2 Nombre de la ciudad: General I. Martínez 10.3 Núm. Exterior: 170 10.4 Núm. Interior: 784360 10.5 Tipo de asentamiento humano: Zona Centro 10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 10.7 Código Postal: 784360 10.8 Localidad: San Luis Potosí 10.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero): San Luis Potosí	
11. EDUCACIÓN Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Empleado ☒ Se ignora ☐	
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 ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital general de Salubridad 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Prolongación 15.2 Nombre de la ciudad: Valentín Aranda 15.3 Núm. Exterior: 1112 15.4 Núm. Interior: Rivas Guillen 15.5 Tipo de asentamiento humano: Soledad de Graciano Sánchez 15.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 15.7 Código Postal: 784360 15.8 Localidad: San Luis Potosí 15.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 3 0 0 6 9 0 2 0 0 0 3 0	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Ante una sola causa en cada renglón. Evite señalar morbo de morbo - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de) b) Sospecha de coronavirus / 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 (por lo que la produjo)	
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: 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 de 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 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con ella (relación):	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o hechos 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 ciudad: 22.7.3 Núm. Exterior: 784360 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:	
23. NOMBRE Josa Antonia Montero Castillo	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hermano	
25. CERTIFICADA POR Médico volante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ *Especifique: 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO S306059 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Angel Montero Granales	
28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: Prolongación 29.2 Nombre de la ciudad: Valentín Aranda 29.3 Núm. Exterior: 1112 29.4 Núm. Interior: Rivas Guillen 29.5 Tipo de asentamiento humano: Soledad de Graciano Sánchez 29.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 29.7 Código Postal: 784360 29.8 Localidad: San Luis Potosí 29.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 0 1 1 0 7 1 9 0 2 0 0	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm. 31.1 Acta Núm.	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: 32.2 Municipio o Alcaldía: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día Mes Año:	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD