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

FOLIO 200625726

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): Nombre(s): J. Luis; Primer Apellido: Rodriguez; Segundo Apellido: Martinez
2. FECHA DE NACIMIENTO: Día 21, Mes 06, Año 1954
3. SEXO: Hombre ●1 Mujer ○2 Se ignora ○3
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: San Luis Potosí (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))
5. CURP: ROML540621HSPDR316 Se ignora ○99
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ●2 Se ignora ○3
7. NACIONALIDAD: Mexicana ●1 Otra ○2 → (Especifique) Se ignora ○9
8. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora: Minutos; Para mayores 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: 66 Se ignora ○2
8.1 Para menores de 28 días arriste: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento; 8.2 Semanas de gestación; 8.3 Peso (gramos)
9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) ○6 Viudo(a) ○2 Casado(a) ●1 Soltero(a) ○1 En unión libre ○4 Divorciado(a) ○3 Se ignora ○9
10. RESIDENCIA HABITUAL (Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)): 10.1 Tipo de vialidad: Calle; 10.2 Nombre de la vialidad: 3 de Mayo; 10.3 Núm. Exterior: 2; 10.4 Núm. Interior; 10.5 Tipo de asentamiento humano: Localidad; 10.6 Nombre del asentamiento humano: Estación Wadley; 10.7 Código Postal: 78560; 10.8 Localidad: Real de Catorce; 10.9 Municipio o Alcaldía: Real de Catorce; 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): San Luis Potosí
11. ESCOLARIDAD: Ninguna ●1 Preescolar ○12 Primaria ○2 Secundaria ○3 Bachillerato o preparatoria ○7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99; 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○1 Incompleta ○2
12. OCUPACIÓN HABITUAL: Jornalero; 12.1 Trabajaba: Sí ●1 No ○2 Se ignora ○9
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ●1 ISSSTE ○3 SEDENA ○5 Seguro Popular ○7 Otra ○8 IMSS ○2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS PROSPERA ○10 Se ignora ○99; 13.1 Número de seguridad social o afiliación
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ●1 IMSS ○2 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS PROSPERA ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9 Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99
14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General Soledad; 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: 15.1 Tipo de vialidad: Prolongación; 15.2 Nombre de la vialidad: Valentin Amador; 15.3 Núm. Exterior: 1112; 15.4 Núm. Interior; 15.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia; 15.6 Nombre del asentamiento humano: Rivas Guillen; 15.7 Código Postal: 78435; 15.8 Localidad: Soledad Graciano Sanchez; 15.9 Municipio o Alcaldía: Soledad Graciano Sanchez; 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día 12, Mes 07, Año 2020, Hora 23, Minutos 50
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ●1 No ○2 Se ignora ○9
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○1 No ●2

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, artritis, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE
PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Neumonia por COVID-19	6 días	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) 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	Diabetes Mellitus tipo 2	8 años	
	Hipertensión Arterial	8 años	

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○1 El parto ○2 El puerpario ○3 42 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron consecuencias directas del embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2
21.3 ¿Las causas anotadas contribuyeron al embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

Uso exclusivo del personal codificador
30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○1 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Escuela u oficina pública ○2 Área deportiva ○3 Calle o carretera (vía pública) ○4 Área industrial (taller, fábrica o obra) ○5 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○9
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia 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 vialidad; 22.7.2 Nombre de la vialidad; 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: Nombre(s): Silvia; Primer Apellido: Rodriguez; Segundo Apellido: Candelaria
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Sobrina

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○1 Médico legista ○2 Otro médico* ●3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil* ○5 Otra* ○6 *Especifique: Directora Guardia
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 9880359
27. NOMBRE: Nombre(s): Mercedes; Primer Apellido: Lucio; Segundo Apellido: Sandoval Gallegos
28. FIRMA
29. DOMICILIO y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vialidad: Prolongación; 29.2 Nombre de la vialidad: Valentin Amador; 29.3 Núm. Exterior: 1112; 29.4 Núm. Interior; 29.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia; 29.6 Nombre del asentamiento humano: Rivas Guillen; 29.7 Código Postal: 78435; 29.8 Localidad: Soledad Graciano Sanchez; 29.9 Municipio o Alcaldía: Soledad Graciano Sanchez; 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí; 29.11 Teléfono: 8912608
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día 13, Mes 07, Año 2020

DEL REG. CIVIL

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

200625726

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR [illegible]

Versión gratuita