

# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

200625727

FOLIO  
200625727

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER LA 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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES  
Y VIOLENTAS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)<br><u>Santiago Cabrera Lozoya</u><br>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 2. FECHA DE NACIMIENTO<br><u>29 07 1991</u><br>Día Mes Año                                                                                                                                                                                                                                             |  | 3. SEXO<br>Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br><u>San Luis Potosí</u><br>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                  |  |
| 5. CURP<br><u>CLSS10725HSPBZNOS</u><br>Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 7. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especificar _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                  |  |
| 8. EDAD CUMPLIDA<br>Para menores de una hora: _____<br>Para menores de un día: _____<br>Para menores de un mes: _____<br>Para menores de un año: _____<br>Para personas de un año o más: <u>68</u><br>Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 9. ESTADO CONYUGAL<br>Separado(a) <input type="radio"/> Vuelto(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/><br>En unión libre <input type="radio"/> Divorcedora <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                          |  | 10. RESIDENCIA HABITUAL<br>Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)<br><u>Calle Prolongación Guerrero</u><br>10.1 Tipo de vivienda<br><u>616</u><br>10.2 Número de la vivienda<br><u>78430</u><br>10.3 Núm. Exterior<br><u>Soledad</u><br>10.4 Núm. Interior<br><u>Soledad</u><br>10.5 Tipo de asentamiento humano<br><u>Soledad</u><br>10.6 Nombre del asentamiento humano<br><u>San Luis Potosí</u><br>10.7 Código Postal<br><u>Soledad</u><br>10.8 Localidad<br><u>Soledad</u><br>10.9 Municipio o Alcaldía<br><u>Soledad</u><br>10.10 Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) |  | 11. ESCOLARIDAD<br>Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>                                                                      |  | 12. OCUPACIÓN HABITUAL<br><u>Empleado</u><br>Se ignora <input type="radio"/><br>12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>12.2 Número de seguridad social o afiliación |  |                                                                                  |  |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br>Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/><br>IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital General de Soledad<br>14.1 Nombre de la unidad médica<br>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) |  | 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br><u>Prolongación</u><br>15.1 Tipo de vivienda<br><u>112</u><br>15.2 Número de la vivienda<br><u>78436</u><br>15.3 Núm. Exterior<br><u>Soledad</u><br>15.4 Núm. Interior<br><u>Soledad</u><br>15.5 Tipo de asentamiento humano<br><u>Soledad</u><br>15.6 Nombre del asentamiento humano<br><u>San Luis Potosí</u><br>15.7 Código Postal<br><u>Soledad</u><br>15.8 Localidad<br><u>Soledad</u><br>15.9 Municipio o Alcaldía<br><u>Soledad</u><br>15.10 Entidad federativa                                                                                                |  | 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br><u>13 07 2020</u><br>Día Mes Año<br><u>10 09</u><br>Horas Minutos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br>Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                     |  | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?<br>Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |  |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: por asfixia, asfixia, etc.)<br>PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente<br>a) <u>Neumonía asociada COVID 19</u><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>b) <u>Falla orgánica múltiple</u><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>c) <u>Choque séptico</u><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>d) _____<br>PARTE II<br>Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado morbo que la produjo<br><u>Diabetes mellitus</u> |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte                                                                                                                                                                |  | Código CIE                                                                       |  |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/><br>43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>                                                                                                                                                          |  | 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br>Código CIE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                  |  |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:<br>22.1 Fue un presunto:<br>Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br>Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>22.3 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:<br>22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)                                                                                                                               |  | 22.5 Descripción brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio                                                                                                                                                             |  | 22.6 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:<br>22.7 Anotar el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:<br>22.7.1 Tipo de vivienda<br>22.7.2 Número de la vivienda<br>22.7.3 Núm. Exterior<br>22.7.4 Núm. Interior<br>22.7.5 Tipo de asentamiento humano<br>22.7.6 Número del asentamiento humano<br>22.7.7 Código Postal<br>22.7.8 Localidad<br>22.7.9 Municipio o Alcaldía<br>22.7.10 Entidad federativa                                                                                                                               |  | 22.8 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:<br>22.9 Anotar el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:<br>22.9.1 Tipo de vivienda<br>22.9.2 Número de la vivienda<br>22.9.3 Núm. Exterior<br>22.9.4 Núm. Interior<br>22.9.5 Tipo de asentamiento humano<br>22.9.6 Número del asentamiento humano<br>22.9.7 Código Postal<br>22.9.8 Localidad<br>22.9.9 Municipio o Alcaldía<br>22.9.10 Entidad federativa |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                  |  |
| 23. NOMBRE<br><u>Elvia Yadra</u><br>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A)<br><u>Niña</u>                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 25. CERTIFICADA POR:<br>Médico (salud) <input type="radio"/> Médico (legis) <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/><br>Personas autorizadas por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especificar _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br><u>4652302</u><br>Número de la cédula profesional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                  |  |
| 27. NOMBRE<br><u>Luis Hernández Ruiz</u><br>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 28. FIRMA<br><u>[Firma]</u>                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 29. DOMICILIO y TELÉFONO<br><u>Prolongación</u><br>29.1 Tipo de vivienda<br><u>112</u><br>29.2 Número de la vivienda<br><u>78436</u><br>29.3 Núm. Exterior<br><u>Soledad</u><br>29.4 Núm. Interior<br><u>Soledad</u><br>29.5 Tipo de asentamiento humano<br><u>Soledad</u><br>29.6 Nombre del asentamiento humano<br><u>San Luis Potosí</u><br>29.7 Código Postal<br><u>Soledad</u><br>29.8 Localidad<br><u>Soledad</u><br>29.9 Municipio o Alcaldía<br><u>Soledad</u><br>29.10 Entidad federativa                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                  |  |
| 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br><u>13 07 2020</u><br>Día Mes Año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO<br>Núm. _____ Libro Núm. _____<br>31.1 Acta Núm. _____                                                                                                                                                                                         |  | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO<br>32.1 Localidad<br>32.2 Municipio o Alcaldía<br>32.3 Entidad federativa<br>32.4 Día Mes Año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                  |  |



200625727