



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

FOLIO
200625821

SECRETARÍA DE SALUD
FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

CIVIL

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

1. NOMBRE DEL FALLECIDO Nombre(s) <u>Carlota</u> Primer Apellido <u>Hernandez</u> Segundo Apellido <u>Chavira</u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>04</u> Mes <u>11</u> Año <u>1957</u>	3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>
5. CURP <u>H E C C S 7 1 1 0 4 M S P B H R 0 7</u> Se ignora ☐	6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐ Se ignora ☐
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>0</u> Horas <u>0</u> Minutos Para menores de un día: <u>0</u> Días <u>0</u> Horas <u>0</u> Minutos Para menores de un mes: <u>0</u> Meses <u>0</u> Días <u>0</u> Horas <u>0</u> Minutos Para menores de un año: <u>0</u> Años <u>0</u> Meses <u>0</u> Días <u>0</u> Horas <u>0</u> Minutos Para personas de un año o más: <u>062</u> Años completos Se ignora ☐	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☒ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añade el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Jupiter</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>109</u> 10.4 Núm. Interior: <u>Fraccionamiento</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>El Sol</u> 10.6 Localidad: <u>Tamazunchale</u> 10.7 Código Postal: <u>79960</u> 10.8 Municipio o Alcaldía: <u>Tamazunchale</u> 10.9 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>		
11. EDUCACIÓN Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☒ Posgrado ☐ Se ignora ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Si ☐ 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 ☐ Hospital General de Salud ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General de Salud</u> 14.2 Clave única de establecimientos de salud (CLUES): <u>1112</u>		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Prolongación Valentín Amador</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>1112</u> 15.4 Núm. Interior: <u>colonia</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Rivas Guillen</u> 15.6 Localidad: <u>Soledad</u> 15.7 Código Postal: <u>78436</u> 15.8 Municipio o Alcaldía: <u>Soledad</u> 15.9 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>14</u> Mes <u>07</u> Año <u>2020</u> Hora <u>20</u> Minutos <u>40</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☐		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añade una sola causa en cada renglón. Escriba señas de modo de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) <u>Neumonía por covid-19</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u>
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>SdiorS</u>		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 ☐ 82 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐
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 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o caminata (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Añade la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (hacienda o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número <u>1112</u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7 Añade el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u>Prolongación Valentín Amador</u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u>1112</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>colonia</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Rivas Guillen</u> 22.7.6 Localidad: <u>Soledad</u> 22.7.7 Código Postal: <u>78436</u> 22.7.8 Municipio o Alcaldía: <u>Soledad</u> 22.7.9 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Daniel Armando</u> Primer Apellido <u>Valencia</u> Segundo Apellido <u>Hernandez</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>
25. CERTIFICADA POR Médico forense ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☒ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique <u>9869386</u>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>9869386</u>
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Federica</u> Primer Apellido <u>Mar</u> Segundo Apellido <u>Rubio</u>		28. FIRMA <u>Federica Mar R.</u>
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Prolongación Valentín Amador</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>1112</u> 29.4 Núm. Interior: <u>colonia</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Rivas Guillen</u> 29.6 Localidad: <u>Soledad</u> 29.7 Código Postal: <u>78436</u> 29.8 Municipio o Alcaldía: <u>Soledad</u> 29.9 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>15</u> Mes <u>07</u> Año <u>2020</u>
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>1112</u> Libro Núm. <u>1112</u> 31.1 Acta Núm. <u>1112</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>Soledad</u> 32.2 Municipio o Alcaldía: <u>Soledad</u> 32.3 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día <u>15</u> Mes <u>07</u> Año <u>2020</u>

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