



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

FOLIO
200625886

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) Pedro Lopez Becerra				
2. FECHA DE NACIMIENTO 27/04/1966	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí		
5. CURP LOBP660427HSPPC000		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Sí ☐ del grupo ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐ Especificar ☐	
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: 054 años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		
10. RESIDENCIA HABITUAL Añade al domicilio particular donde vivía al fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: Calle Emiliano Zapata 10.2 Número de vivienda: Localidad El Mezquital 10.3 Núm. Exterior: 78490 10.4 Núm. Interior: Ulla de Arriaga 10.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí 10.6 Código Postal: 78490 10.7 Localidad: San Luis Potosí 10.8 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 10.9 Entidad federativa o país (si nació en el extranjero):				
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☒ Incompleta ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Agricultor Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otro ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social (afiliación)		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Soledad 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):		14.3 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Calle Valentín Amador 15.2 Número de vivienda: 1112 15.3 Núm. Exterior: Cobania 15.4 Núm. Interior: Rivas Guillen 15.5 Tipo de asentamiento humano: Soledad de Graciano Sánchez 15.6 Código Postal: San Luis Potosí 15.7 Localidad: San Luis Potosí 15.8 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 15.9 Entidad federativa:		15.10 Entidad federativa:		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: 15 Mes: 07 Año: 2020 Hora: 16 Minutos: 37		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LEIÓNT ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añade una sola causa en cada renglón. Evite certificar causas de muerte - ejemplo: paro cardíaco, anemia, etc.)		Intervén el médico que firmó el acta de la enfermedad y la muerte		Código CIE	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directa o indirecta		a) Insuficiencia respiratoria aguda		2 días	
Causas antecedentes Enfermedades, lesiones o estados patológicos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados directamente con la enfermedad o estado patológico que la produjo		b) Neumonía Atípica		5 días	
c) Probable Covid 19		5 días			
PARTE II Otras entidades patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas directamente con la enfermedad o estado patológico que la produjo		d) Diabetes Mellitus tipo 2		Años	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 15 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto (embarazo) ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		21.2 ¿Las causas anotadas describen complicaciones anómalas del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒		21.3 ¿Las causas anotadas describen complicaciones anómalas del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidental ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		22.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (casa, apartamento, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐		22.4 Añade la relación que existe al presunto agresor con el(los) fallecido(s)	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describe brevemente la situación, circunstancias médicas 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: 22.7.2 Nombre de la vivienda: 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 Eulalia Torres Capuchino		24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(A) Esposa	
---	--	--	--

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico titulado ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Directivo de Estado		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 3288380	
27. NOMBRE Mauvo Ramirez Cuervo		28. FIRMA	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO 28.1 Tipo de vivienda: Calle Valentín Amador 112 28.2 Número de la vivienda: Cobania 28.3 Núm. Exterior: Rivas Guillen 28.4 Núm. Interior: Soledad de Graciano Sánchez 28.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí 28.6 Código Postal: San Luis Potosí 28.7 Localidad: San Luis Potosí 28.8 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 28.9 Entidad federativa: San Luis Potosí 28.10 Teléfono: 8260100		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: 16 Mes: 07 Año: 2020	

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro 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