



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

FOLIO
200625890

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 LOS PARTICULARES DE SUJETOS DELICUADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>José Carmen Posadas Nieto</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>06/02/1951</u>	3. SEXO ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ Se ignora
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>PONC510206HSPSTPO6</u>	
6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? ☐ Sí ☒ No	
7. NACIONALIDAD ☒ Mexicana ☐ Extranjera	
8. EDAD CUMPLIDA <u>69</u>	
9. ESTADO CONYUGAL ☐ En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a)	
10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivió el fallecido (a) <u>Calle Matamoros</u> <u>Colonia Zona Centro</u> 10.1 Tipo de vivienda 10.2 Número de la vivienda 10.3 Núm. Exterior <u>79610</u> 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Rioverde</u> 10.6 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal 10.8 Municipio o Alcaldía 10.9 Estado	
11. ESCOLARIDAD ☐ Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Tercera ☐ Superior ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora	
12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD ☐ IMSS ☐ ISSSTE ☒ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otro ☐ IMSS PROSPERA ☐ FEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora	
13. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN ☒ Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ REMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 13.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General Soledad</u> 13.2 Clase (Unidad de Especialidades de Salud - CULS)	
14. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Prolongación Valentín Amador</u> <u>Colonia Rivas Guillén</u> 14.1 Tipo de vivienda 14.2 Número de la vivienda 14.3 Núm. Exterior <u>78346</u> 14.4 Núm. Interior 14.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad Graciana Sánchez San Luis Potosí</u> 14.6 Localidad 14.7 Municipio o Alcaldía 14.8 Estado	
15. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>16/07/2020</u> <u>21:35</u> 15.1 Día 15.2 Mes 15.3 Año 15.4 Hora 15.5 Minutos	
16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☒ Sí ☐ No ☐ Se ignora	
17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? ☐ Sí ☒ No	
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Ante una sola causa en cada origen. Esta señalada muestra de muerte - agotado - por causas - naturales, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente <u>Neumonía por COVID 19</u> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica <u>Síndrome Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> PARTE II Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Diabetes Mellitus Hpo 2</u>	
19. 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 ☐ 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de 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 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela o oficina pública ☐ Área industrial (obra, fábrica u obra) ☐ Área de recreo (parque, cancha o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ 22.4 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? 22.5 Describa brevemente la situación, circunstancias o hechos 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: 22.7 ¿Ante el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio? 22.7.1 Tipo de vivienda 22.7.2 Número de la vivienda 22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Localidad 22.7.7 Municipio o Alcaldía 22.7.8 Estado	
23. NOMBRE <u>Dora Alicia Posadas Cano</u> 23.1 Nombre 23.2 Primer Apellido 23.3 Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico legista ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ <u>Director Guardia</u> Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>6880359</u> Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE <u>Mercedes Lucía Sandoval Gallegos</u> 27.1 Nombre 27.2 Primer Apellido 27.3 Segundo Apellido	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Prolongación Valentín Amador</u> <u>Colonia Rivas Guillén</u> <u>Soledad Graciana Sánchez San Luis Potosí</u> 28.1 Tipo de vivienda 28.2 Número de la vivienda 28.3 Núm. Exterior 28.4 Núm. Interior 28.5 Tipo de asentamiento humano 28.6 Localidad 28.7 Municipio o Alcaldía 28.8 Estado	
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>17/07/2020</u> 29.1 Día 29.2 Mes 29.3 Año	
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 30.1 Acta Num. 30.2 Lugar y fecha de registro 30.3 Localidad 30.4 Municipio o Alcaldía 30.5 Entidad federativa 30.6 Día 30.7 Mes 30.8 Año	

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