



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCION
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
200625896

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

LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCION

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Roberto Castillo Robledo		
2. FECHA DE NACIMIENTO 30/01/1958	3. SEXO ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ Se ignora	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí
5. CURP CAEES80130H3P3BB04		6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora
7. EDAD CUMPLIDA 062		8. ESTADO CONYUGAL ☐ En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora
9. RESIDENCIA HABITUAL Antes de fallecer, ¿dónde vivía el fallecido? Calle Fuente 124 Colonia Balcones del Valle San Luis Potosí		
10. ESCOLARIDAD ☐ Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta		
11. OCUPACION HABITUAL Comerciante		
12. AFILIACION A SERVICIO DE SALUD ☐ Ninguna ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otro ☐ Se ignora		
13. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION ☐ Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Unidad médica pública ☐ Otro ☐ Se ignora		
14. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION P. Longueira Colonia Valentin Amador Rivas Guillen San Luis Potosí		
15. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION 18/07/2020		
16. CAUSAS DE LA DEFUNCION a) Neumonia Covid 19 b) Síndrome Dificultad Respiratoria c) 7 días d) 12 hrs		
17. SI LA DEFUNCION 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 propias del embarazo, parto o puerperio? ☐ Sí ☐ No		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Acidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? ☐ Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 ¿En dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o caminata (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 ¿Anote la relación que tenía el presunto agresor con ella? familiar ☐ amigo ☐ desconocido ☐ Se ignora ☐ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 1112 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias, hechos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: P. Longueira Valentin Amador Rivas Guillen San Luis Potosí		
23. NOMBRE Luis Roberto Castillo Teller		
24. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 6072555		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique: Juan Carlos Ibarrá Comacho		
26. DOMICILIO Y TELEFONO 26.1 Tipo de vivienda: P. Longueira Valentin Amador Rivas Guillen San Luis Potosí 26.2 Nombre de la vivienda: 1112 26.3 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 26.4 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 26.5 Entidad federativa: San Luis Potosí 26.6 Código Postal: 76435 26.7 Localidad: San Luis Potosí 26.8 Teléfono: 1112		
27. FECHA DE CERTIFICACION 18/07/2020		
28. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 28.1 Localidad: 28.2 Municipio o Alcaldía: 28.3 Entidad federativa: 28.4 Día, Mes, Año:		

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