

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

200626022

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Alejandrino Mendoza Gallardo	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO
17/07/1955		Hombre ☒ Mujer ☐ Sexo ☐	San Luis Potosí
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	
MEGA650717HS PNLLO4		No ☒ Sí ☐	
7. NACIONALIDAD		8. ESTADO CONYUGAL	
Mexicana ☒ Extranjera ☐		Separado/a ☐ Viudo/a ☐ Casado/a ☒	
9. EDAD CUMPLIDA		10. RESIDENCIA HABITUAL	
065 años		Calle 10.1 Tipo de vivienda: Privadas San Antonio de Padua, Privadas de San José	
11. ESCOLARIDAD		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Profesional ☐ Postgrado ☐ Incompleta ☐ Completa ☒		Taxista	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
IMSS ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otro ☐		Hospital General Soledad	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	
Protoprueca, Colón, Cienfuegos, Soledad Graciana S. C. P.		19/07/2020 07:45	
17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
a) Probable COVID-19 b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de)		No ☒ Sí ☐	
19. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 34 AÑOS		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
21.1 ¿Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐		Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐		Código CIE	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 ¿Se dio dentro de la vivienda?	
Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐		Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐	
22.4 La defunción fue registrada en el Registro Público con el acta número:		22.5 ¿Describe brevemente la situación, circunstancias o lugar en que se produjo la muerte del presunto accidente, homicidio o suicidio?	
22.7 Año en el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de 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 Estado		22.7.8 Municipio	
22.7.9 Entidad federativa		22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(A)	
Enrique		Hija	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐		32070930	
27. NOMBRE		28. FIRMA	
Enrique		Enrique	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Protoprueca, Colón, Cienfuegos, Soledad Graciana S. C. P.		19/07/2020	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
31.1 Localidad		32.1 Localidad	
31.2 Municipio		32.2 Municipio	
31.3 Entidad federativa		32.3 Entidad federativa	
31.4 Año		32.4 Año	

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