



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

FOLIO
200626025

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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Oscar Silva Perez</u>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>08/10/1976</u>		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Sexo ☐	
5. CURP <u>SIPI07610081H5P4RS02</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Sí ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐		8. EDAD Cumplida ☐ Para menores de una hora ☐ Para menores de un día ☐ Para menores de un mes ☐ Para menores de un año ☐ <u>43</u> años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Vuelto(a) ☐ Casado(a) ☒ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vive el fallecido (a) <u>Calle Cornei Espinoza</u>	
10.1 Tipo de vivienda <u>123</u>		10.2 Nombre de la vivienda <u>12</u>	
10.3 Num. Exterior <u>7160318</u>		10.4 Num. Interior <u>12</u>	
10.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>		10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>	
10.7 Código Postal <u>7160318</u>		10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u>	
10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u>		10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☒ Posgrado ☐ Se ignora ☐		11.1 La escolaridad seleccionada es Completa ☒ Incompleta ☐	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Gerente de cobranza</u>		12.1 Trabajador Sí ☒ 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 ☐ Unidad médica pública ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐		14.1 Nombre de la unidad médica <u>Prolongación</u>	
14.2 Clase Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>Valentin Amador</u>		14.3 Nombre de la unidad médica <u>San Luis Potosí</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>1112</u>		15.2 Nombre de la vivienda <u>San Luis Potosí</u>	
15.3 Num. Exterior <u>7164136</u>		15.4 Num. Interior <u>1112</u>	
15.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>		15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>	
15.7 Código Postal <u>7164136</u>		15.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u>	
15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u>		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>20/07/2020 10:31</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, infarto, etc.)	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>1 hora</u>	
b) <u>Neumonía por SARS-CoV2</u> Debido a (o como consecuencia de)		<u>15 días</u>	
c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de)			
d) <u></u> Debido a (o como consecuencia de)			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moribundo que la produjo			
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 ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el 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 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 ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) <u>Hermana</u>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7 Anote 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 Num. Exterior	
22.7.4 Num. 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			
23. NOMBRE <u>Maria de Jesús Silva Perez</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermana</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico* ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☒ Autoridad civil* ☐ Otro* ☐ *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>5730349</u> Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE <u>Carolina Vázquez García</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>Prolong. Valentin Amador</u>		29.2 Nombre de la vivienda <u>1112</u>	
29.3 Num. Exterior <u>7164136</u>		29.4 Num. Interior <u>1112</u>	
29.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>		29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>	
29.7 Código Postal <u>7164136</u>		29.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u>	
29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u>		29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>20/07/2020</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. <u></u> Libro Num. <u></u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad	
31.1 Acta Num. <u></u>		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