



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

FOLIO  
200626026

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES  
Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG.  
CIVIL

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)<br><u>J. Refugio</u><br>Nombre(s)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 2. SEXO<br>Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Sexo <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 3. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br><u>Tamalipas</u><br>Entidad federativa o país de nacimiento en el extranjero                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| 4. FECHA DE NACIMIENTO<br><u>04/07/1955</u><br>Día Mes Año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 5. ESTADO CONYUGAL<br>En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 6. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input checked="" type="radio"/> Extranjera <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| 7. CURP<br><u>MA02350704HTSIDFO1</u><br>De grupo <input type="radio"/> De sexo <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 8. HABLABA ALGUN LENGUA INDIGENA<br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 9. ESTADO CONYUGAL<br>En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                     |  |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL<br>Antes el domicilio permanente dando vista al fallecido (a)<br><u>27</u><br>10.1 Tipo de vivienda<br><u>Colonia</u><br>10.2 Número de la vivienda<br><u>Centro</u><br>10.3 Núm. Exterior<br><u>78940</u><br>10.4 Núm. Interior<br><u>Villa de Arista</u><br>10.5 Tipo de asentamiento humano<br><u>Villa de Arista</u><br>10.6 Municipio o Alcaldía<br><u>San Luis Potosí</u><br>10.7 Código Postal<br><u>78940</u><br>10.8 Localidad<br><u>San Luis Potosí</u><br>10.9 Estado federativo o país al que pertenece en el extranjero                                                                                                                                      |  | 11. ESCOLARIDAD<br>Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Bachillerato o equivalente <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 12. OCUPACIÓN HABITUAL<br><u>Comerciante</u><br>12.1 Trabajista <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br>Ninguna <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> PEXEX <input type="radio"/> SEHAR <input type="radio"/> MISE PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEXEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEHAR <input type="radio"/> MISE PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                      |  | 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br><u>1112</u><br>15.1 Tipo de vivienda<br><u>Colonia</u><br>15.2 Número de la vivienda<br><u>Rivas Guillen</u><br>15.3 Núm. Exterior<br><u>78940</u><br>15.4 Núm. Interior<br><u>Soledad</u><br>15.5 Tipo de asentamiento humano<br><u>Soledad</u><br>15.6 Municipio o Alcaldía<br><u>San Luis Potosí</u><br>15.7 Código Postal<br><u>78940</u><br>15.8 Localidad<br><u>San Luis Potosí</u><br>15.9 Estado federativo |  |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br><u>20/07/2020</u><br>Día Mes Año Horas Minutos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?<br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite utilizar términos de moda - ejemplo: paro cardíaco, infarto, etc.)<br>PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente<br>a) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>b) <u>Neumonía por covid-19</u><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>c) <u></u><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>d) <u></u><br>PARTE II<br>Otras afecciones patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o lesión que produjo la muerte<br><u>Diabetes Mellitus tipo 2</u><br><u>Hipertensión arterial</u> |  | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br>Código CIE<br><u>I00</u><br><u>S010</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br>Código CIE<br><u></u><br><u></u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| 22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br>22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/><br>42 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?<br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?<br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 22.4 ¿La muerte fue accidental o violenta, ESPECIFIQUE:<br>22.4.1 Fue un presunto:<br>Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>22.4.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>22.4.3 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:<br><u></u><br>22.4.4 Describa brevemente la situación, circunstancias o hechos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:<br><u></u>                                                                      |  | 22.5 ¿En qué lugar ocurrió la lesión?<br>Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (apartamento, etc.) <input type="radio"/> Calle o camino (vía pública) <input type="radio"/> Escuela o oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>22.6 ¿En qué lugar ocurrió la lesión?<br>Área industrial (fabril, banco u otros) <input type="radio"/> Granja (ranchito o parcelita) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |  | 22.7 ¿En qué lugar ocurrió la lesión?<br>Área industrial (fabril, banco u otros) <input type="radio"/> Granja (ranchito o parcelita) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 22.7 Anterior al domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:<br>22.7.1 Tipo de vivienda<br>22.7.2 Número de la vivienda<br>22.7.3 Núm. Exterior<br>22.7.4 Núm. Interior<br>22.7.5 Tipo de asentamiento humano<br>22.7.6 Municipio o Alcaldía<br>22.7.7 Código Postal<br>22.7.8 Localidad<br>22.7.9 Estado federativo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 22.8 ¿En qué lugar ocurrió la lesión?<br>Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (apartamento, etc.) <input type="radio"/> Calle o camino (vía pública) <input type="radio"/> Escuela o oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>22.9 ¿En qué lugar ocurrió la lesión?<br>Área industrial (fabril, banco u otros) <input type="radio"/> Granja (ranchito o parcelita) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |  | 22.10 ¿En qué lugar ocurrió la lesión?<br>Área industrial (fabril, banco u otros) <input type="radio"/> Granja (ranchito o parcelita) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 23. NOMBRE<br><u>Josefina</u><br>Nombre(s)<br><u>García</u><br>Primer Apellido<br><u>Dominguez</u><br>Segundo Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)<br><u>Sebrina</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 25. CERTIFICADA POR<br>Médico legista <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique:<br><u></u>                                                                                                                                                                     |  |
| 26. NOMBRE<br><u>Federico</u><br>Nombre(s)<br><u>Mar</u><br>Primer Apellido<br><u>Rubio</u><br>Segundo Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 27. FIRMA<br><u>Federico Mar R.</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 28. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br><u>9869386</u><br>Número de la cédula profesional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 29. DOMICILIO Y TELÉFONO<br><u>1112</u><br>29.1 Tipo de vivienda<br><u>Colonia</u><br>29.2 Número de la vivienda<br><u>Rivas Guillen</u><br>29.3 Núm. Exterior<br><u>78940</u><br>29.4 Núm. Interior<br><u>Soledad</u><br>29.5 Tipo de asentamiento humano<br><u>Soledad</u><br>29.6 Municipio o Alcaldía<br><u>San Luis Potosí</u><br>29.7 Código Postal<br><u>78940</u><br>29.8 Localidad<br><u>San Luis Potosí</u><br>29.9 Estado federativo                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br><u>20/07/2020</u><br>Día Mes Año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO<br>Núm. <u></u> Libro Núm. <u></u><br>31.1 Acta Núm. <u></u><br>31.2 Municipio o Alcaldía <u></u><br>31.3 Estado federativo <u></u><br>31.4 Día <u></u> Mes <u></u> Año <u></u>                                                                                                                                                                                                                         |  |