



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

FOLIO
200626276

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 CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Maria Isabel Gabriel Reyes						
2. FECHA DE NACIMIENTO 07/01/1939	3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Michoacan				
5. CURP GARI390107MMNBYS01		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐			
8. EDAD COMPLETA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años completos 081 Se ignora ☐		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separación ☐ Divorciado ☐ Vuelto ☐ Casado ☒ Soltero ☐ Se ignora ☐				
10. RESIDENCIA HABITUAL Antes de la defunción (donde vivía el fallecido (a)) 10.1 Tipo de vivienda: Calle Progreso 10.2 Num. Exterior: 140 10.3 Tipo de asentamiento humano: Barrio Montecillo 10.4 Num. Interior: 78310 10.5 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 10.6 Código Postal: 78310 10.7 Localidad: San Luis Potosí 10.8 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 10.9 Entidad federativa o país (se remite en el extranjero): San Luis Potosí						
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Incompleta ☐ Completa ☐ Se ignora ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Ocupación: Ama de casa Se ignora ☐ 12.2 Trabajador ☐ No ☒ Se ignora ☐				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora ☐		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ ISSSTE ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ Hosp. del General de Salubridad ☒ 14.1 Nombre de la unidad médica: Hosp. del General de Salubridad 14.2 Cese Único de Establecimientos de Salud (CUES): Hogel ☐ Se ignora ☐				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Calle Valentín Amador 15.2 Num. Exterior: 1112 15.3 Tipo de asentamiento humano: Cabania Rivas Guillen 15.4 Num. Interior: 78436 15.5 Nombre del asentamiento humano: Soledad de Graciano Sanchez 15.6 Código Postal: 78436 15.7 Localidad: Soledad de Graciano Sanchez 15.8 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 15.9 Entidad federativa: San Luis Potosí		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 22/07/2020 23:50		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una o más causas en cada renglón. Debe señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, autismo, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de): b) Neumonía por probable Covid 19 Debido a (o como consecuencia de): c) Hipertensión Arterial Debido a (o como consecuencia de): d) Diabetes Mellitus Tipo 2 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 patológico que la produjo: e) Hipertensión Arterial f) Diabetes Mellitus Tipo 2				Intervento aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 3 días 10 días Años Años		Código CIE
20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 15 A 54 AÑOS 20.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 20.2 Si estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte: ☐ Si ☐ No ☐ Se ignora ☐		21. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones directas del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 23.2 ¿Ocurrió en el desarrollo de su trabajo? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 23.3 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 23.4 Anote la relación que tiene el presunto agresor con el(los) fallecido(s):		24. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 24.1 Tipo de vivienda: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o caminata (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 24.2 Descripción brevemente la situación, circunstancias, hechos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 24.3 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 24.4 Anote la relación que tiene el presunto agresor con el(los) fallecido(s):		25. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
26. NOMBRE Hugo Marquez Gabriel		27. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) Hijo		28. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 3288380		
29. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ 29.1 Nombre: Mauro Ramirez Cuervo 29.2 Puesto: Director de Salud		30. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 30.1 Nombre: Mauro Ramirez Cuervo 30.2 Puesto: Director de Salud		31. FECHA DE CERTIFICACIÓN 23/07/2020		
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: 32.2 Municipio o Alcaldía: 32.3 Entidad federativa:		33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 33.1 Localidad: 33.2 Municipio o Alcaldía: 33.3 Entidad federativa:		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad: 34.2 Municipio o Alcaldía: 34.3 Entidad federativa:		

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