



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

Mayo 2017

FOLIO

200626396

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) Nombre(s) Enrique Alvarado González				
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 21 09 1967	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Sexo ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí		
5. CURP AAGEG670921HSP LNN00		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Si ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Especificar _____	
8. EDAD CUMPLIDA 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 cumplidos 52		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ Divorcedo(a) ☐ Soltero(a) ☐ Si ignora ☐		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 10.1 Tipo de vivienda: Calle Plancha 10.2 Nombre de la vivienda: 33 10.3 Núm. Exterior: 79020 10.4 Núm. Interior: _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia Luzero Cadenas 10.6 Nombre del asentamiento humano: Ciudad Valles 10.7 Código Postal: _____ 10.8 Localidad: _____ 10.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si nació en el extranjero): _____				
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Si ignora ☐ Completa ☒ Incompleta ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL Plomero 12.1 Trabajado: Sí ☒ No ☐ Si ignora ☐		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SENAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Si ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____		
14. SITIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital General de Salud IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Salud 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES): _____		14.3 Tipo de vivienda: _____ 14.4 Nombre de la vivienda: _____ 14.5 Nombre del asentamiento humano: _____ 14.6 Municipio o Alcaldía: _____ 14.7 Entidad federativa: _____		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Avenida Valentín Amorós 15.2 Nombre de la vivienda: 112 15.3 Núm. Exterior: 78435 15.4 Núm. Interior: _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano: Hospital 15.6 Nombre del asentamiento humano: Ciudad de Guadalupe 15.7 Código Postal: _____ 15.8 Localidad: _____ 15.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 15.10 Entidad federativa: _____		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos 24 03 2020 19 30		
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Si ignora ☐		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Escriba señas de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Choque séptico Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Neumonía COVID 19 Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Insuficiencia respiratoria aguda severa Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo		Intervento aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 6 días 8 días Código CIE		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: 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 ☒
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Si ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Si ignora ☐ 22.3 ¿Se dio origen a la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (casco, ornato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Área industrial (taller, fábrica u otra) ☐ Granja (hacienda o parcela) ☐ Otro ☐ Si ignora ☐ 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): _____ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo 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 Núm. Exterior: _____ 22.7.4 Núm. 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 Nombre(s) Mariana Aguilar Cruz		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Esposa		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Médico adscrito Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 7543300		
27. NOMBRE Nombre(s) Luis Francisco Peña Valle		28. FIRMA [Firma]		
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: Avenida Valentín Amorós 29.2 Nombre de la vivienda: 112 29.3 Núm. Exterior: _____ 29.4 Núm. Interior: _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano: Hospital 29.6 Nombre del asentamiento humano: Ciudad de Guadalupe 29.7 Código Postal: 78435 29.8 Localidad: _____ 29.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 29.10 Entidad federativa: _____ 29.11 Teléfono: _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año 24 03 2020		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: _____ 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