



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

FOLIO
200626397

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) <u>Silvia Reyna Martinez</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>09/11/1978</u>	3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>BEMS781109MSPYRL00</u>	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐ Se ignora ☐	
8. EDAD COMPLETA Para menores de una hora: <u> </u> Horas <u> </u> Minutos Para menores de un día: <u> </u> Días Para menores de un mes: <u> </u> Meses Para menores de un año: <u> </u> Años <u>04</u> Meses <u>11</u> Días	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Antes el domicilio permanente donde vivió el fallecido(a) 10.1 Tipo de vivienda: <u>212</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Fraccionamiento La Sierra</u> 10.3 Tipo de asentamiento humano: <u>Soledad de Gregorio Sánchez San Luis Potosí</u> 10.4 Núm. Exterior: <u>7841318</u> 10.5 Núm. Interior: <u> </u> 10.6 Tipo de asentamiento humano: <u> </u> 10.7 Código Postal: <u>7841318</u> 10.8 Localidad: <u>Soledad de Gregorio Sánchez</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): <u> </u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Superior ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Ninguna ☒ Trabajador ☐ No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ ISS PROSPERA ☐ Se ignora ☐	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital General de Soledad ☐ Via pública ☐ Otro lugar ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ Hogar ☐ Se ignora ☐	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>112</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Prolongación Valentín Amador Rivas Tullen</u> 15.3 Tipo de asentamiento humano: <u>Colonia</u> 15.4 Núm. Exterior: <u>7841318</u> 15.5 Núm. Interior: <u> </u> 15.6 Tipo de asentamiento humano: <u>Soledad de Gregorio Sánchez</u> 15.7 Código Postal: <u>7841318</u> 15.8 Localidad: <u>Soledad de Gregorio Sánchez</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>25/07/2020</u> <u>01:33</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Escriba señas medicas de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: <u>Síndrome de insuficiencia respiratoria severa</u> Causas antecedentes (Enfermedades, lesiones o estados patológicos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte): <u>Neumonía por probable SARS-CoV-2</u> PARTE II Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte: <u>Insuficiencia Renal Crónica</u> <u>Diabetes Mellitus, tipo 2</u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u> </u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 15 A 54 AÑOS 21.1 ¿Exposición al parto durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 41 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Homicidio ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 ¿Ocurrió en la vivienda? Vivienda particular ☐ Área operativa ☐ Vivienda colectiva (casco, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicios ☐ Área industrial (cuales, fábrica u otra) ☐ Granja (finca o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): <u> </u>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u> </u>	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u> </u>	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: <u> </u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u> </u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u> </u> 22.7.4 Núm. Interior: <u> </u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u> </u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u> </u> 22.7.7 Código Postal: <u> </u> 22.7.8 Localidad: <u> </u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u> </u> 22.7.10 Entidad federativa: <u> </u>	
23. NOMBRE <u>Dolores Reyna Martinez</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermana</u>	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ <u>Directivo de Urgencia</u> Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: <u>3288386</u>	
27. NOMBRE <u>Maura Ramirez Cuervo</u>	
28. FIRMA <u> </u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>112</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Prolongación Valentín Amador Rivas Tullen</u> 29.3 Tipo de asentamiento humano: <u>Colonia</u> 29.4 Núm. Exterior: <u>7841318</u> 29.5 Núm. Interior: <u> </u> 29.6 Tipo de asentamiento humano: <u>Soledad de Gregorio Sánchez</u> 29.7 Código Postal: <u>7841318</u> 29.8 Localidad: <u>Soledad de Gregorio Sánchez</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u>8469190</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>25/07/2020</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. <u> </u> Lib. Núm. <u> </u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: <u> </u> 32.2 Municipio o Alcaldía: <u> </u> 32.3 Entidad federativa: <u> </u> 32.4 Día: <u> </u> Mes: <u> </u> Año: <u> </u>	

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