

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

200626406

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 José Roberto Díaz de León		2. FECHA (NACIMIENTO) 08/06/1954		3. SEXO ☒ Masculino ☐ Femenino		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP D IN R 54 0 C O X H 3 P 2 Y B O 4		6. HUELGA AL DÍA LÉNGUA INDIGENA ☐ No ☒ Sí		7. NACIONALIDAD ☒ Mexicana ☐ Extranjera		8. ESTADO CIVIL ☐ Soltero ☐ Casado ☒ Viudo ☐ Separado	
9. EDAD COMPLETA Para mayores de una hora: 066		10. RESIDENCIA HABITUAL 10.1 Tipo de vivienda: Casa 10.2 Num. Exterior: 188 10.3 Num. Interior: Colonias 10.4 Código Postal: 66000 10.5 Localidad: San Luis Potosí 10.6 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 10.7 Entidad Federativa: San Luis Potosí		11. SITUACIÓN LABORAL 11.1 Ocupación habitual: PROFESOR 11.2 Ocupación actual: PROFESOR		12. APLICACIÓN A SERVICIO DE SALUD ☒ Sí ☐ No	
13. SITIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 13.1 Tipo de sitio: HOSPITAL GENERAL DE SALUD 13.2 Nombre de la institución: HOSPITAL GENERAL DE SALUD 13.3 Localidad: San Luis Potosí 13.4 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 13.5 Entidad Federativa: San Luis Potosí		14. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Tipo de vivienda: Casa 14.2 Num. Exterior: 1112 14.3 Num. Interior: 78436 14.4 Código Postal: 66000 14.5 Localidad: San Luis Potosí 14.6 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 14.7 Entidad Federativa: San Luis Potosí		15. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 15.1 Fecha: 25/07/2020 15.2 Hora: 20:50		16. SE PRACTICÓ NECROPSIA? ☐ Sí ☒ No	
17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Una señalada arriba de morir - siempre - para causas naturales) 17.1 Causa principal: Insuficiencia Respiratoria Aguda Severa 17.2 Causa secundaria: Neumonía por probable COVID-19 17.3 Causa terciaria: Diabetes Mellitus 17.4 Causa cuaternaria: Hipertensión Arterial Sistólica		18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Una señalada arriba de morir - siempre - para causas naturales) 18.1 Causa principal: Insuficiencia Respiratoria Aguda Severa 18.2 Causa secundaria: Neumonía por probable COVID-19 18.3 Causa terciaria: Diabetes Mellitus 18.4 Causa cuaternaria: Hipertensión Arterial Sistólica		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Una señalada arriba de morir - siempre - para causas naturales) 19.1 Causa principal: Insuficiencia Respiratoria Aguda Severa 19.2 Causa secundaria: Neumonía por probable COVID-19 19.3 Causa terciaria: Diabetes Mellitus 19.4 Causa cuaternaria: Hipertensión Arterial Sistólica		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Una señalada arriba de morir - siempre - para causas naturales) 20.1 Causa principal: Insuficiencia Respiratoria Aguda Severa 20.2 Causa secundaria: Neumonía por probable COVID-19 20.3 Causa terciaria: Diabetes Mellitus 20.4 Causa cuaternaria: Hipertensión Arterial Sistólica	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 15 A 54 AÑOS 21.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: Embarazo ☐ Parto ☐ Puerperio ☐ 21.2 Si la muerte ocurrió durante el embarazo, parto o puerperio, especificar: 21.3 Si la muerte ocurrió durante el embarazo, parto o puerperio, especificar:		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ 22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ 22.3 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.4 Anote la relación que tenía o presunto agredido con el fallecido: 22.5 Anote la relación que tenía o presunto agredido con el fallecido:		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ 23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ 23.3 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 23.4 Anote la relación que tenía o presunto agredido con el fallecido: 23.5 Anote la relación que tenía o presunto agredido con el fallecido:		24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(S) YERNO	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ DILATATIVO TURNO Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 3880579		27. FIRMA [Firma]		28. DOMICILIO Y TELÉFONO 28.1 Tipo de vivienda: Casa 28.2 Num. Exterior: 1112 28.3 Num. Interior: 78436 28.4 Código Postal: 66000 28.5 Localidad: San Luis Potosí 28.6 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 28.7 Entidad Federativa: San Luis Potosí	
29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 29.1 Acta Núm.: 25072020		30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad: San Luis Potosí 30.2 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 30.3 Entidad Federativa: San Luis Potosí 30.4 Día: 25 Mes: 07 Año: 2020		31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad: San Luis Potosí 31.2 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 31.3 Entidad Federativa: San Luis Potosí 31.4 Día: 25 Mes: 07 Año: 2020		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: San Luis Potosí 32.2 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 32.3 Entidad Federativa: San Luis Potosí 32.4 Día: 25 Mes: 07 Año: 2020	

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