



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

FOLIO
200627089

SE LE PROTEGE LA IDENTIDAD DE LOS DATOS PERSONALES EN POSERIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) MARCIA CRISTINA ALVAREZ Nombre(s) Apellido(s)		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
2. FECHA DE NACIMIENTO 20021986 Día Mes Año		3. SEXO Femenino ☒ Masculino ☐ Sexo ☐	
5. CURP AADCB60220MSPULLLOS		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Sí ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐		8. EDAD COMPLETA 34 años	
9.1 Folio del Certificado de Nacimiento		9.2 Semanas de gestación	
9.3 Peso (gramos)		9.4 Estado conyugal En unión libre ☐ Separado/a ☐ Viudo/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Soltero/a ☒	
10. RESIDENCIA HABITUAL Calle Tercera		10.2 Nombre de la unidad	
10.3 Num. Exterior		10.4 Num. Interior	
10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Municipio o Alcaldía	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad	
10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		11.1 La escolaridad seleccionada es Completa ☐ Incompleta ☐	
12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ IMSS ☐ FEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		12.1 Ocupación habitual Hogar ☐ Se ignora ☐	
13. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ FEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐		13.1 Número de seguridad social (obligatorio)	
14. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Avenida		14.2 Clase Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15.1 Tipo de vivienda		15.2 Nombre de la ciudad	
15.3 Num. Exterior		15.4 Num. Interior	
15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad	
15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 20081211 Día Mes Año Horas Minutos		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. Evite señalar modos de muerte - ejemplo: parálisis cerebral, asfixia, etc.)	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Intervento aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
a) Síndrome de insuficiencia respiratoria Aguda Severa		Código CIE	
b) Neumonía COVID 19		Código CIE	
c) Debido a (o como consecuencia de)		Código CIE	
d) Debido a (o como consecuencia de)		Código CIE	
PARTE II Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado patológico que la produjo		Código CIE	
e) Pérdida cerebral infantil		Código CIE	
20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones después del embarazo, parto o puerperio?	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones después del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones después del embarazo, parto o puerperio?	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.4 Años de relación que tiene el presunto agresor con el(los) fallecido(s)	
22.1 Fue un presunto		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	
22.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.4 Años de relación que tiene el presunto agresor con el(los) fallecido(s)	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias, hechos en que se produjo la lesión del presunto accidente, tortura o violencia	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, tortura o violencia		22.8 Tipo de vivienda	
22.9 Num. Exterior		22.10 Num. Interior	
22.11 Tipo de asentamiento humano		22.12 Municipio o Alcaldía	
22.13 Código Postal		22.14 Localidad	
22.15 Municipio o Alcaldía		22.16 Entidad federativa	
23. NOMBRE Ma. Mercedes		24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(A) Hija	
25. CERTIFICADA POR Médico ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Luis Francisco		28. FIRMA	
29. SÍMBOLO Y TELÉFONO Aguascalientes		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
31. LA DEFUNCIÓN FUE BUSCADA EN LA OFICIALÍA O ALBERGO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
33.1 Localidad		33.2 Municipio o Alcaldía	