



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

FOLIO
200627103

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) Juan Manuel Martínez Moreno Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO 03/12/1965 Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP MAMJ651207HSPRNRN05 Se ignora ☐	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Sí ☐ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: Horas: Para menores de un día: Para menores de un mes: Para menores de un año: Para personas de un año o más: 56 Años cumplidos	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Vuelto(a) ☐ Casado(a) ☒ Divorcedo(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): Calle Miguel Hidalgo Localidad La Ciénaga 10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda 10.3 Num. Exterior 10.4 Num. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 79360 Alaquines San Luis Potosí. 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 ☐ Completa ☒ Incompleta ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL Medico ☐ 12.1 Trabajaba ☒ No ☐ Se ignora ☐
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Via pública ☐ Otro lugar ☐ Hogar ☐ Se ignora ☐
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1112 Prolongación Valentín Aranda Colonia Rivas Guzmán 15.1 Tipo de vivienda 15.2 Nombre de la vivienda 15.3 Num. Exterior 15.4 Num. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 78435 Sereced de Graciano Sánchez San Luis Potosí. 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 03/08/2020 23:55 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 ☒		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 36 horas 15 días 48 hrs
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Ante una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Choque séptico Debido a (o como consecuencia de) b) Neumonía por COVID-19 Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Síndrome de Distres Respiratorio Agudo		Código CIE
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El 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 ☐
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ 22.4 Anote la relación que tenía 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, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7 Ante 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 Num. Exterior 22.7.4 Num. 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		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐
23. NOMBRE Roxa Isela Cárdenas Montezuma Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(A) Esposa
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ 25.1 Nombre 25.2 Domicilio y teléfono Isela Nerián Aguilar Márquez Prolongación Valentín Aranda 1112 Colonia Rivas Guzmán Sereced de Graciano Sánchez San Luis Potosí 25.3 Num. Exterior 25.4 Num. Interior 25.5 Tipo de asentamiento humano 78435 Alaquines San Luis Potosí. 25.6 Nombre del asentamiento humano 25.7 Código Postal 25.8 Localidad 25.9 Municipio o Alcaldía 25.10 Entidad federativa		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 8193326 Número de la cédula profesional 27. FIRMA
28. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. Libro Num. 31.1 Acta Num.		29. 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