



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

FOLIO
200629624

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

REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Juan Muñoz Sanchez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>28/01/1946</u> Día Mes Año	
3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>M45J4601128H5A×N4011</u> Se ignora <input type="radio"/>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique	
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: <u>074</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle Independencia</u> 10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda	
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>78465</u> <u>Cerrote de Maravillas</u> <u>Mexquitic de Carmona</u> <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Jornalero</u> Se ignora <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Soledad</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>1112</u> <u>Colonia Valentín Amador</u> 15.1 Tipo de vivienda 15.2 Nombre de la vivienda <u>783146</u> <u>Genovevo Rivas Guillen</u> 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Soledad de Graciano Sanchez</u> <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>23/09/2020</u> <u>22:44</u> Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Pneumonía probable SARS CoV2</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Hipertensión Arterial Sistémica</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Años</u> 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	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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 <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
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 Añote 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 <u>Ricardo Muñoz López</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3272274</u> Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE <u>Lucia Susana Orduna Torres</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda 29.2 Nombre de la vivienda <u>Avenida Valentín Amador</u> <u>1112</u> 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Genovevo Rivas Guillen</u> <u>783146</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal <u>Soledad de Graciano Sanchez</u> <u>San Luis Potosí</u> 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono <u>4448244100</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>24/09/2020</u> Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad	



200629624