



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

Modelo 2017.1

FOLIO

200629686

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 DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE DATOS PARTICULARES



200629686

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Maña</u> Primer Apellido <u>Salinas</u> Segundo Apellido <u>Rocha</u>				
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>21</u> Mes <u>05</u> Año <u>1951</u>	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>		
5. CURP <u>SARMISIOS21MISPLCRO11</u> Se ignora ☐		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ 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: Años cumplidos <u>069</u> Se ignora ☐		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		
10. RESIDENCIA HABITUAL Para menores de 28 días ante: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos): Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle</u> <u>Leona Vicario</u> 10.1 Tipo de vivienda <u>130</u> 10.2 Nombre de la vivienda <u>Cenito de la Cruz</u> 10.3 Núm. Exterior <u>79750</u> 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Rayón</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>S.L.P.</u> 10.7 Código Postal <u>79750</u> 10.8 Localidad <u>Cenito de la Cruz</u> 10.9 Municipio o Alcaldía _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____				
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Se ignora ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ Incompleta ☒ 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 ☐ Hospital <u>General de Soledad</u> IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐		14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>112</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>Valentin Amador</u> 15.3 Núm. Exterior <u>78436</u> 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad Graciano S.</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>S.L.P.</u> 15.7 Código Postal <u>78436</u> 15.8 Localidad <u>Soledad Graciano S.</u> 15.9 Municipio o Alcaldía _____ 15.10 Entidad federativa _____				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>27</u> Mes <u>09</u> Año <u>2020</u> Horas <u>09</u> Minutos <u>09</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒
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>Plaquetopenia</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ b) <u>Neumonia sospecha SARS-CoV-2</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbos que la produjo <u>Obesidad</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>3 días</u> <u>3 días</u> <u>años</u> Código CIE _____		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: 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 ☒		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el 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 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.4 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____		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 _____		22.8 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Granja (ranchito o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐		
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Maña Abigail</u> Primer Apellido <u>Calderón</u> Segundo Apellido <u>Salinas</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ <u>Directivo Turno</u> Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>3203093</u>		
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Erica Alicia</u> Primer Apellido <u>Dominquez</u> Segundo Apellido <u>Yerena</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>Protonaxen</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>Valentin Amador</u> 29.3 Núm. Exterior <u>112</u> 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad Graciano S.</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Soledad Graciano S.</u> 29.7 Código Postal <u>78436</u> 29.8 Localidad <u>Soledad Graciano S.</u> 29.9 Municipio o Alcaldía _____ 29.10 Entidad federativa <u>S.L.P.</u> 29.11 Teléfono _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>27</u> Mes <u>09</u> Año <u>2020</u>		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. 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