



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

FOLIO
200630298

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJITOS 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 INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Rosalio Flores Ramirez		2. FECHA DE NACIMIENTO 10/09/1954		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP RFLR540910H0001		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Sí ☐ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐		8. EDAD CUMPLIDA 66 años	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Calle 103, Colonia Santa Fe, San Luis Potosí		10.1 Tipo de vivienda Casa ☒ Apartamento ☐ Habitación ☐ Calle ☐ Otro ☐		10.2 Nombre de la vivienda Santa Fe	
10.3 Núm. Exterior 103		10.4 Núm. Interior 103		10.5 Tipo de asentamiento humano Urbano ☒ Rural ☐ Se ignora ☐		10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
10.7 Código Postal 64000		10.8 Localidad San Luis Potosí		10.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí		10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Bachillerato ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☒ Incompleta ☐ Se ignora ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL Empleado ☒ Obrero ☐ Agricultor ☐ Comerciante ☐ Artesano ☐ Se ignora ☐		12.1 Trabajaba Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Hospital General de San Luis Potosí		14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de San Luis Potosí	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle 103, Colonia Santa Fe, San Luis Potosí		15.1 Tipo de vivienda Casa ☒ Apartamento ☐ Habitación ☐ Calle ☐ Otro ☐		15.2 Nombre de la vivienda Santa Fe	
15.3 Núm. Exterior 103		15.4 Núm. Interior 103		15.5 Tipo de asentamiento humano Urbano ☒ Rural ☐ Se ignora ☐		15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
15.7 Código Postal 64000		15.8 Localidad San Luis Potosí		15.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 23/01/2020 12:48		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 (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) Neumonía b) Infección Aguda Microbiana c) COVID-19	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN U09.1		21.1 ¿FUE DEFUNCIÓN CORRESPONDIENTE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS? El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 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 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 ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) Area industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐	
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 Margarita Flores Ramirez	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo		25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 3011276		27. NOMBRE Nicolás Flores Ramirez	
28. FIRMA 3011276		29. DOMICILIO y TELÉFONO Calle 103, Colonia Santa Fe, San Luis Potosí		29.1 Tipo de vivienda 29.2 Nombre de la vivienda 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 23/01/2020	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA o JUZGADO 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 32.5 Mes 32.6 Año		33. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Margarita Flores Ramirez		34. FIRMA 3011276	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD