



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

FOLIO  
200634737  
200634737

\*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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Silvia Soria Abreu			2. FECHA DE NACIMIENTO 25/08/1971			3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí		
5. CURP SOASAI0825HSPRBL02			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99			7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 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 77		
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:			8.2 Semanas de gestación:			8.3 Peso (gramos):			9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 310 Calle Barrio			10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda Mariganta Mare de Jerez			10.3 Núm. Exterior			10.4 Núm. Interior		
10.5 Tipo de asentamiento humano Tampunuchale			10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí			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"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99			11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		
11.2 OCUPACIÓN HABITUAL Hogar			12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			13.1 Número de seguridad social o afiliación			13.2 Número de identificación		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99			14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Hospital general de Valles			14.1 Nombre de la unidad médica			14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Carretera Km 7 Fraccionamiento			15.1 Tipo de vivienda			15.2 Nombre de la vivienda			15.3 Núm. Exterior		
15.4 Núm. 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 10/05/2020 12:14		
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) Insuficiencia Respiratoria Aguda b) Neumonía por COVID-19 c) Obesidad			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 días 11 días 20 años		
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"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9			22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9			22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el 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 Anote 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 Ma. Concepción Gutierrez Abreu			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Prima hermana			25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 4011701			27. NOMBRE Rubén Alberto Maldonado Tapia			28. FIRMA			29. DOMICILIO y TELÉFONO Carretera Km 7 Fraccionamiento		
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			29.6 Nombre del asentamiento humano			29.7 Código Postal			29.8 Localidad		
29.9 Municipio o Alcaldía			29.10 Entidad federativa			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 10/05/2020			31. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE



200634737