



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

Actualizado 2017.1

FOLIO

200634762

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 LOS PARTICULARES DE BUENOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) LUIS PONCE NAVARRO		
2. FECHA DE NACIMIENTO 19081933	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSI
5. CURP SAN LUIS POTOSI	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? No ☒ Si ☐ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐ Se ignora ☐
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: 086 Años cumplidos	9. ESTADO CONYUGAL Separado/a ☐ Viudo/a ☐ Casado/a ☐ En unión libre ☐ Convivencia ☐ Soltero/a ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Antes de fallecer (donde vivía al fallecido): C. FRANCISCO I. MADERO 10.1 Tipo de vivienda: S/N 10.2 Número de la vivienda: 79700 10.3 Núm. Exterior: 79700 10.4 Núm. Interior: 79700 10.5 Tipo de asentamiento humano: TAMASOPO 10.6 Municipio o Anáhuac: TAMASOPO 10.7 Código Postal: 79700 10.8 Localidad: TAMASOPO 10.9 Estado: SAN LUIS POTOSI 10.10 Entidad Federativa o país de donde es el fallecido: SAN LUIS POTOSI		
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☐		
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Ocupación: PENSIONADO 12.2 Trabajado ☐ No ☐ Se ignora ☐		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		
14. SITIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ Otra unidad pública ☐ 14.1 Número de la unidad médica: Hqz 6 14.2 Causal Único de Establecimiento de Salud (CUES): 41673310355433R		
15. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: BOULEVARD 15.2 Número de la vivienda: 911 15.3 Núm. Exterior: 79000 15.4 Núm. Interior: 79000 15.5 Tipo de asentamiento humano: MEXICO 15.6 Municipio o Anáhuac: CD. VALLES 15.7 Código Postal: 79000 15.8 Localidad: CD. VALLES 15.9 Estado: MEXICO 15.10 Entidad Federativa: SAN LUIS POTOSI		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 15052020 1223		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No ☒ Si ☐ Se ignora ☐
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Escriba señale causas de muerte, lesiones, causas cardíacas, etc.) PARTE I Causas inmediatas: SINDROME DE RESPIRATORIA INFLAMATORIA SISTÉMICA Causas antecedentes: INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA COVID 19 PARTE II Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o lesión que la produjo: DIABETES MELLITIS NO CONTROLADA		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? No ☒ Si ☐
20. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS? 20.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo ☐ Parto ☐ Puerperio ☐ No ☒		
21. ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 21.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐		
22. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: 22.1 Acta de defunción donde ocurrió la lesión: 22.2 Acta de defunción donde ocurrió la lesión: 22.3 Acta de defunción donde ocurrió la lesión: 22.4 Acta de defunción donde ocurrió la lesión: 22.5 Acta de defunción donde ocurrió la lesión: 22.6 Acta de defunción donde ocurrió la lesión: 22.7 Acta de defunción donde ocurrió la lesión: 22.8 Acta de defunción donde ocurrió la lesión: 22.9 Acta de defunción donde ocurrió la lesión: 22.10 Acta de defunción donde ocurrió la lesión:		
23. NOMBRE DEL CERTIFICANTE AYLA ROSA PONCE BARRERAS		
24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) Hija		
25. ¿EL CERTIFICANTE ES MÉDICO? 8025212		
26. NOMBRE DEL CERTIFICANTE ARNANDO GALVAN SILVA		
27. DOMICILIO Y TELÉFONO BOULEVARD MEXICO LAPAZ 911 CD. VALLES SAN LUIS POTOSI		
28. FECHA DE CERTIFICACIÓN 15052020		