



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO
200634784

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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



200634784

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Eva Guerrero Ahumada</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO <u>13/01/1952</u>		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP [Blank]		6. HABILIDAD ALGUNA LENGUA INDIGENA Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐ Se ignora ☐		8. ESTADO CONYUGAL Separación ☐ Viuda ☐ Casado ☒ En unión libre ☐ Divorciado ☐ Soltero ☐ Se ignora ☐	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Blank] Para menores de un día: Horas [Blank] Para menores de un mes: Días [Blank] Para menores de un año: Meses [Blank] Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>68</u>		10.1 Tipo de vivienda <u>1002</u>		10.2 Número de la vivienda <u>Reforma</u>		10.3 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia Centro</u>	
10.4 Núm. Exterior <u>1002</u>		10.5 Núm. Interior <u>1002</u>		10.6 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valler</u>		10.7 Municipio o Alcaldía <u>Ciudad Valler</u>	
10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u>		10.9 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>		10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>		10.11 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato ☒ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		11.1 La escolaridad seleccionada es Completa ☒ Incompleta ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Ama de casa</u>		12.1 Trabajaba ☐ No ☒ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación [Blank]		13.2 Número de seguridad social o afiliación [Blank]		13.3 Número de seguridad social o afiliación [Blank]	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐		14.1 Número de la unidad médica <u>Hospital General de Zona 6</u>		14.2 Correo Electrónico de Establecimientos de Salud (CELES) [Blank]		14.3 Correo Electrónico de Establecimientos de Salud (CELES) [Blank]	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>914 Boulevard México-Laredo</u>		15.1 Tipo de vivienda <u>Fraccionamiento</u>		15.2 Número de la vivienda <u>19 de Enero</u>		15.3 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valler</u>	
15.4 Núm. Exterior <u>914</u>		15.5 Núm. Interior <u>914</u>		15.6 Municipio o Alcaldía <u>Ciudad Valler</u>		15.7 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
15.8 Localidad <u>Ciudad Valler</u>		15.9 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>		15.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>		15.11 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>3/10/2020 10:40</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de muerte - ejemplos: para cardíaco, asfonia, etc.)	
19.1 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente <u>Insuficiencia Respiratoria aguda</u>		19.2 Debido a (o como consecuencia de) <u>Neumonía grave por COVID 19</u>		19.3 Debido a (o como consecuencia de) [Blank]		19.4 Debido a (o como consecuencia de) [Blank]	
19.5 Debido a (o como consecuencia de) [Blank]		19.6 Debido a (o como consecuencia de) [Blank]		19.7 Debido a (o como consecuencia de) [Blank]		19.8 Debido a (o como consecuencia de) [Blank]	
19.9 Debido a (o como consecuencia de) [Blank]		19.10 Debido a (o como consecuencia de) [Blank]		19.11 Debido a (o como consecuencia de) [Blank]		19.12 Debido a (o como consecuencia de) [Blank]	
20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 20.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒		20.2 ¿Las causas anotadas justifican el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☒		20.3 ¿Las causas anotadas justifican el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☒		20.4 ¿Las causas anotadas justifican el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☒	
21. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 21.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐		21.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		21.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		21.4 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	
21.5 La defunción fue registrada en el Registro Público con el acta número: [Blank]		21.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Blank]		21.7 ¿Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Blank]		21.8 ¿Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Blank]	
21.9 ¿Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Blank]		21.10 ¿Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Blank]		21.11 ¿Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Blank]		21.12 ¿Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Blank]	
22. NOMBRE <u>Yuneth Rodríguez Guerrero</u>		23. CERTIFICADA POR: Médico legista ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		24. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>4011701</u>		25. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>13/10/2020</u>	
26. NOMBRE <u>Roberto Maldonado Echeverría</u>		27. DOMICILIO Y TELÉFONO [Blank]		28. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>13/10/2020</u>		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>13/10/2020</u>	
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO [Blank]		31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Blank]		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Blank]		33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Blank]	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Blank]		35. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Blank]		36. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Blank]		37. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Blank]	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD