

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

EOL 10

200634786

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Felipe Martinez		25/02/1967		Hombre ☒ Mujer ☐ Sexo ignora ☐		Tamaulipas	
5. CURP		6. HABLASE ALGUNA LENGUA INDIGENA?		7. NACIONALIDAD		8. ESTADO CONYUGAL	
MAGF670225HTSRZLO4		Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		Mexicana ☒ Otra ☐ Especificar: _____		En unión libre ☐ Separada ☐ Divorciada ☐ Viuda ☐ Casada ☒ Se ignora ☐	
9. EDADES		10. ESTADO CONYUGAL		11. RESIDENCIA HABITUAL		12. RESIDENCIA HABITUAL	
Para menores de una hora: _____ Para menores de un día: _____ Para menores de un mes: _____ Para menores de un año: _____ Para personas de un año o más: 05/3		En unión libre ☐ Separada ☐ Divorciada ☐ Viuda ☐ Casada ☒ Se ignora ☐		Avenida 26 Colonia 10.1 Tipo de vivienda Cd. Valles 10.2 Número de la vivienda Cd. Valles 10.3 Num. Exterior Cd. Valles 10.4 Num. Interior Cd. Valles 10.5 Tipo de asentamiento humano Cd. Valles 10.6 Localidad Cd. Valles 10.7 Código Postal Cd. Valles 10.8 Localidad Cd. Valles 10.9 Municipio o Alcaldía Cd. Valles 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)		San Luis Potosí 10.11 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	
Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☒ FEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ FEMEX ☐ SEMAR ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐		Avenida 914 Colonia 15.1 Tipo de vivienda Cd. Valles 15.2 Num. Exterior Cd. Valles 15.3 Num. Interior Cd. Valles 15.4 Tipo de asentamiento humano Cd. Valles 15.5 Localidad Cd. Valles 15.6 Código Postal Cd. Valles 15.7 Localidad Cd. Valles 15.8 Municipio o Alcaldía Cd. Valles 15.9 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)		01/06/2020 22:24	
17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		18. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		19. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
a) Falla Orgánica Múltiple b) Síndrome de Distress Respiratorio Agudo c) Neumonía Atípica secundaria a COVID-19 d) Leucemia Granulocítica Crónica Diabetes Mellitus tipo 2		Especifico ☒ El parto ☐ El puerperio ☐ Si ☐ No ☐ Se ignora ☐		Especifico ☒ El parto ☐ El puerperio ☐ Si ☐ No ☐ Se ignora ☐		24 horas 7 días 7 días 10 años 10 años	
21. SI LA DEFUNCIÓN FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22. SI LA DEFUNCIÓN FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23. SI LA DEFUNCIÓN FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		24. SI LA DEFUNCIÓN FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐		Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva ☐ Calle o caminata ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐		Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva ☐ Calle o caminata ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐		Se ignora ☐	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		27. NOMBRE		28. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		Si ☐ No ☐ Se ignora ☐		Alejandro Reyes Gómez		10/2/06/2020	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. DOMICILIO Y TELÉFONO		31. DOMICILIO Y TELÉFONO		32. DOMICILIO Y TELÉFONO	
Fracc. 19 de Enero Cd. Valles Cd. Valles Cd. Valles		Boulevard México-Laredo 914 Cd. Valles Cd. Valles Cd. Valles		Fracc. 19 de Enero Cd. Valles Cd. Valles Cd. Valles		Fracc. 19 de Enero Cd. Valles Cd. Valles Cd. Valles	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		35. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		36. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
Si ☐ No ☐		37. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		38. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		39. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
Si ☐ No ☐		37. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		38. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		39. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	