



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

200634788

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

1 NOMBRE DEL FALLECIDO Ernesto Rodríguez Rios	
2 FECHA DE NACIMIENTO 03/01/94	3 SEXO ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ Sexo O
4 ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	5 NACIONALIDAD ☒ Mexicana ☐ Extranjera
6 CURP RORE461003HS PDSR 00	7 HABLARA ALGUNA LENGUA INDIGENA? ☐ Si ☒ No ☐ Se ignora
8 EDAD CUMPLIDA 07.4	9 ESTADO CONYUGAL ☐ Separado/a ☐ Viudo/a ☒ Casado/a ☐ Se ignora
10 RESIDENCIA HABITUAL Antes de fallecer permanentemente donde vivía al fallecer (a) Calle Reforma y Galeana Centro 10.3 Num. Exterior 1002 10.4 Num. Interior 79000 10.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles 10.6 Municipio o Alcaldía Ciudad Valles 10.7 Entidad federativa San Luis Potosí	
11 ESCOLARIDAD ☒ Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior ☐ Incompleta ☐ Completa	12 OCUPACIÓN HABITUAL Comerciante
13 AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra	14 SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Hospital General de Zona N° 6
15 DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Boulevard Mexico - Laredo Norte 914 Fraccionamiento 14 de Enero 15.3 Num. Exterior 79059 15.4 Num. Interior Cd. Valles 15.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles 15.6 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí	16 FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 03/06/2017 15
17 CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Exista señalar modos de morir - ajetreo, paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Insuficiencia respiratoria aguda 14 días b) COVID-19 15 días c) Diabetes Mellitus 30 días d) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica 10 años PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte Obesidad 10 años Hipertensión Arterial 10 años	
21 SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ No ☒ En parto ☐ En puerperio ☐ No ☒ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte	
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? ☐ Si ☒ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela o oficina pública ☐ Área comercial o de servicios ☐ Se ignora ☐ 22.4 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de embarazo, parto o puerperio? ☐ Si ☒ No ☐ 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	
23 NOMBRE Nombre(s) Ernesto Primer Apellido Rodríguez Segundo Apellido Rios	
24 PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) 3777853	
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 Número de la cédula profesional 3777853	
27 NOMBRE Nombre(s) José Luis López Flores Primer Apellido López Segundo Apellido Flores	
28 DOMICILIO Y TELÉFONO 28.1 Tipo de vivienda Boulevard Mexico - Laredo Norte 28.2 Nombre de la vivienda 914 28.3 Num. Exterior 79059 28.4 Num. Interior Cd. Valles 28.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles 28.6 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí 28.7 Entidad federativa San Luis Potosí 28.8 Teléfono 030620201	
29 FECHA DE CERTIFICACIÓN 03/06/2017	
30 LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. 31.1 Libro Num. 31.2 Acta Num. 31.3	
32 LUAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año	

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