



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

FOLIO
200635106

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(A) Ramiro Pozos Garcia			
2. FECHA DE NACIMIENTO 07/02/1954	3. SEXO ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ Se ignora	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP POGR540207HSPZRMO1		6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora	7. NACIONALIDAD ☒ Mexicana ☐ Extranjera ☐ Se ignora
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: Meses Días Para menores de un día: Horas Minutos Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Días Para menores de 28 días antes: 8.1 Fecha del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (kg):		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separación ☐ Viudez ☐ Casado(a) ☐ Divorcio(a) ☐ Soltero(a) ☒ Se ignora	
10. RESIDENCIA HABITUAL Antes de fallecer: permanente donde vivía al fallecer (si) ☐ 10.1 Tipo de vivienda: 10.2 Número de la vivienda:			
10.3 Num. Exterior: 79212 10.4 Num. Interior: Nueva Primavera 10.5 Tipo de asentamiento humano: Tamuín 10.6 Código Postal: 10.7 Localidad: 10.8 Municipio o Alcaldía: 10.9 Entidad federativa: San Luis Potosí		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Superior ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☐ 11.1 La escolaridad alcanzada es: 11.2 Trabajo: ☐ Sí ☐ No ☒ Se ignora	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Agricultor		13.1 Número de seguridad social o afiliación: 41735303855mi953pe	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: 14.2 Calle y número de la unidad médica:			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Boulevard 15.2 Número de la vivienda: 914 15.3 Num. Exterior: 914 15.4 Num. Interior: Recreo 15.5 Tipo de asentamiento humano: 19 de Enero 15.6 Código Postal: 15.7 Localidad: Ciudad Valles 15.8 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles 15.9 Entidad federativa: San Luis Potosí			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: 11 Mes: 06 Año: 2020 Horas: 11 Minutos: 54			
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☒ Sí ☐ No ☐ Se ignora			
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? ☐ Sí ☒ No			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Exista señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Distrés respiratorio severo Debido a (o como consecuencia de): b) Infarto Cerebral extenso Debido a (o como consecuencia de): c) COVID-19 Debido a (o como consecuencia de): d) Diabetes Mellitus tipo 2 Hipertensión arterial sistémica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo: 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 ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de embarazo, parto o puerperio? ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora 21.3 ¿Las causas anotadas corresponden al embarazo, parto o puerperio? ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora			
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? ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o hechos 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 Número de la vivienda: 22.7.3 Num. Exterior: 22.7.4 Num. Interior: 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: 22.7.6 Número 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 Emma Pozos Garcia Nombre(s): Primer Apellido: Segundo Apellido:			
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) hermana			
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☒ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique: 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 5397494 Número de la cédula profesional:			
27. NOMBRE Liliana Elizabeth Ortiz Zavala Nombre(s): Primer Apellido: Segundo Apellido:			
28. DOMICILIO Y TELÉFONO: 28.1 Tipo de vivienda: 28.2 Número de la vivienda: 28.3 Num. Exterior: 28.4 Num. Interior: 28.5 Tipo de asentamiento humano: 28.6 Número del asentamiento humano: 28.7 Código Postal: 28.8 Localidad: 28.9 Municipio o Alcaldía: 28.10 Entidad federativa: 28.11 Teléfono:			
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día: Mes: Año:			
30. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. Libro Núm.			
31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 31.1 Localidad: 31.2 Municipio o Alcaldía: 31.3 Entidad federativa: 31.4 Día: 31.5 Mes: 31.6 Año:			