

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES	
DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Francisco Hernandez Ibarra	
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 17/01/1958	
Día Mes Año	
3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP H E I F S 18 04 17 45 D R B R O 4	
Se ignora ☐	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐	
Especifique	
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 Para personas de un año o más Años cumplidos 061	
Para menores de 28 días anote:	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☒ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle Regeneración	
10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda	
10.3 Num. Exterior 10.4 Num. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano	
7997300 Tumbaca Tamasopo San Luis Potosí	
10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☐	
11.1 La escolaridad seleccionada es: 12. OCUPACIÓN HABITUAL Guardia de seguridad	
Se ignora ☐	
12.1 Trabajaba Si ☐ No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐	
13.1 Número de seguridad social o afiliación 4106580126 111495802	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ Unidad médica pública ☒ Hospital General Zona 6	
14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Boulevard Financiero	
15.1 Tipo de vivienda 15.2 Nombre de la vivienda	
15.3 Num. Exterior 15.4 Num. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano	
7999000 Ciudad Valles Ciudad Valles San Luis Potosí	
15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 22/06/2020 12:00	
Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRÁCTICO NECROPSIA? Si ☐ No ☐	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	
a) Covid 19	
Debido a (o como consecuencia de)	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeran la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	
b) Debido a (o como consecuencia de)	
c) Debido a (o como consecuencia de)	
d) Debido a (o como consecuencia de)	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	
Diabetes Mellitus Hipertensión Arterial	
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
14 días 10 años 10 años	
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 ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☐	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☐	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
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 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐	
22.4 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número	
22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.6 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7 Tipo de vivienda 22.8 Nombre de la vivienda	
22.9 Num. Exterior 22.10 Num. Interior 22.11 Tipo de asentamiento humano 22.12 Nombre del asentamiento humano	
7997300 Tumbaca Tamasopo San Luis Potosí	
22.7 Localidad 22.8 Municipio o Alcaldía 22.9 Entidad federativa	
23. NOMBRE Rivera Hernandez Sabina	
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Sabina	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especificar	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Cristian Saul Martinez Chavez	
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELEFONO Boulevard Financiero Mexico Ciudad Valles	
29.1 Tipo de vivienda 29.2 Nombre de la vivienda 29.3 Num. Exterior 29.4 Num. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano	
7999000 Ciudad Valles Ciudad Valles San Luis Potosí	
29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 22/06/2020	
Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA DE JUZGADO Num. Libro Num.	
31.1 Acta Num. 31.2 Municipio o Alcaldía 31.3 Entidad federativa 31.4 Día Mes Año	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFIQUE LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD