



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
200635912

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 DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE DATOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Laurencia Turrubiates Montoya		2. FECHA DE NACIMIENTO 14/11/1930		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP TUNL301114HS PRNR04		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: Horas: Para menores de un día: Para menores de un mes: Para menores de un año: 0 89 Se ignora ☐	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Vudora ☒ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): Avenida 20 de Noviembre		10.1 Tipo de vivienda 54		10.2 Número del asentamiento humano 791730	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		11.1 La escolaridad se concluyó en: Completa ☐ Incompleta ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL Labrador del huerto		12.1 Trabajaba ☐ No ☒ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación 4163291112 GF1930 PE		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ ISSSTE ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐		14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General Zona No. 6	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 914		15.1 Tipo de vivienda 15.1		15.2 Nombre de la localidad México		15.3 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 18/08/2020 21:30		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. Entre señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.-)	
a) Coagulación intravascular diseminada		b) Insuficiencia Respiratoria Aguda		c) Pneumonia debida a otros virus		d) COVID-19	
e) Tumor maligno de la mama		f) Anemia tipo no especificado		g) 96 hrs		h) 16 días	
i) 20 días		j) 20 días		k) 3 años		l) 30 días	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Codigo CIE		21.1 ¿Embarazo?		21.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
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 con fines recreativos, etc. ☐ Calle o caminata (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicios ☐ Se ignora ☐		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): Área industrial (minería u otra) ☐ Granja (hacienda o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo 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:		22.8 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:	
22.7.1 Tipo de vivienda		22.7.2 Nombre de la localidad		22.7.3 Número del asentamiento humano		22.7.4 Nombre del asentamiento humano	
22.7.5 Tipo de vivienda		22.7.6 Nombre de la localidad		22.7.7 Número del asentamiento humano		22.7.8 Nombre del asentamiento humano	
22.7.9 Código Postal		22.7.10 Localidad		22.7.11 Municipio o Alcaldía		22.7.12 Entidad federativa	
23. NOMBRE Alonso Turrubiates		24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(A) Hijo		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 1161836	
27. NOMBRE David Enrique Barrios Mendez		28. FIRMA		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 914		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 19/08/2020	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Num. Libro Num.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad		32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa	
32.4 Día		32.5 Mes		32.6 Año		32.7	

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