



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

Modelo 2017.1

FOLIO

200635918

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

200635918

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Maria Lusa</u> Primer Apellido <u>Martinez</u> Segundo Apellido <u>Figueroa</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>25</u> Mes <u>08</u> Año <u>1951</u>	3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>H A F L S I 0 8 2 5 H S P R G S 0 7</u>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐	
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 o más: Meses <u>06</u> Años cumplidos <u>68</u> Se ignora ☐	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Vuelto(a) ☐ Casado(a) ☒ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Alamo</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>610</u> 10.4 Núm. Interior: _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Colonia</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>La Pimentita</u> 10.7 Código Postal: <u>79020</u> 10.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u> 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad relacionada es: Completa ☒ Incompleta ☐	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 12.2 Ocupación habitual: <u>41854800056F1951PE</u> 13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS PROSPERA ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital General de Zona #6 14.1 Nombre de la unidad médica: _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUESS): _____	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Boulevard</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Mexico Brede</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>919</u> 15.4 Núm. Interior: _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Fraccionamiento</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>19 de Enero</u> 15.7 Código Postal: <u>79000</u> 15.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>21</u> Mes <u>08</u> Año <u>2020</u> Horas <u>01</u> Minutos <u>23</u>	
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 (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de): _____ b) <u>Neumonía debida a otros virus</u> Debido a (o como consecuencia de): _____ c) <u>Suspecha Coronavirus SARS-CoV2</u> Debido a (o como consecuencia de): _____ d) _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa congenerada arriba mencionándose en último lugar la causa básica: PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo: <u>Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica</u> años	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 ¿Embarazo? ☐ Sí ☒ No ☐ 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? ☐ Sí ☒ No ☐ 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? ☐ Sí ☒ No ☐	
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 ☐ Calle o carretera (vía pública) ☒ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): _____	
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 _____	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda: _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda: _____ 22.7.3 Núm. Exterior: _____ 22.7.4 Núm. Interior: _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 22.7.6 Nombre 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 Nombre(s) <u>Antonia</u> Primer Apellido <u>Romualdo</u> Segundo Apellido <u>Martinez</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>	
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 Especialista <u>Medico de guardia</u> Número de la cédula profesional <u>1161836</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>David Enrique Barrios</u> Primer Apellido <u>Mendoza</u> Segundo Apellido _____	
28. FIRMA _____	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Boulevard</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>19 de Enero</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>79000</u> 29.4 Núm. Interior: _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Fraccionamiento</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 29.7 Código Postal: <u>79000</u> 29.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: _____	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>21</u> Mes <u>08</u> Año <u>2020</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____	
32. LUGAR 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 VERIFICAR