

**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

FOLIO

200637133

3200637433

[illegible]

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

200637133

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <div>Benito Martinez Justo</div> <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>		
	2. FECHA DE NACIMIENTO <div>13051937</div> <div>Día Mes Año</div>		3. SEXO <div>Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <div>San Luis Potosi</div> <div>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</div>		5. CURP <div>M A J B 3 7 0 5 1 3 H S P R S N 0 0</div> <div>Se ignora <input type="radio"/></div>
	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <div>No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>		7. NACIONALIDAD <div>Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique</div>
	8. EDAD CUMPLIDA <div>083</div> <div>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</div>		
DE LA DEFUNCIÓN	9. ESTADO CONYUGAL <div>En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>		
	10. RESIDENCIA HABITUAL <div>Calle Esfuerzo campesino #8</div> <div>10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad</div>		
	11. ESCOLARIDAD <div>Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>		
	12. OCUPACIÓN HABITUAL <div>Journalero</div> <div>12.1 Trabajaba SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>		
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>IMSS <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>		
DEL CERTIFICANTE	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>HBC Xilitla</div> <div>14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</div>		
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Carretera Federal 120 San Juan Del Rio-Xilitla</div> <div>15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad</div>		
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>07082020 0350</div> <div>Día Mes Año Horas Minutos</div>		
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>		
	18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? <div>SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/></div>		
DEL REG. CIVIL	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <div>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de) b) Neumonía probable COVID-19 Debido a (o como consecuencia de) c)  Debido a (o como consecuencia de) d)  Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada 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 Hipertension Arterial Cronica</div>		
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <div>Código CIE</div>		
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <div>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/></div>		
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>		
	23. NOMBRE <div>Adauto Estrella Martinez</div> <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>		
DEL FALLECIDO	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Representante</div>		
	25. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/></div>		
	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>11785351</div> <div>Número de la cédula profesional</div>		
	27. NOMBRE <div>Ruben Hernandez Santiago</div> <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>		
	28. FIRMA <div>[Firma]</div>		
DEL FALLECIDO	29. DOMICILIO y TELÉFONO <div>Carretera Federal 120 San Juan Del Rio-Xilitla</div> <div>29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano</div>		
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>07082020</div> <div>Día Mes Año</div>		
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <div>Núm. Libro Núm.</div>		
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año</div>		
	33. ACTA Núm. 31.1 Acta Núm.		

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