



Modelo 2017.1

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
200637248

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

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 PARTICULARES

200637248



1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Ramon Matias Gaspar		Nombre(s)		Primer Apellido San Luis Potosí		Segundo Apellido San Luis Potosí	
2. FECHA DE NACIMIENTO 31/08/1968		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí			
5. CURP MA CR 68 08 31 H 3 P TS M 06		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Sí ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐			
8. EDAD CUMPLIDA 58 años		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒		10. RESIDENCIA HABITUAL Carretera nacional Mexico-Jaredo 80			
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☒		12. OCUPACIÓN HABITUAL Negocio propio		13. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No ☒			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Hospital Comunitario Tamazunchale		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN La Pitahaya		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 23/07/2020 1:30			
17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN a) Insuficiencia respiratoria aguda b) Neumonía adquirida en la comunidad c) Caso sospechoso de infección por Covid d) Obesidad grado I		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? No ☒		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN a) Insuficiencia respiratoria aguda b) Neumonía adquirida en la comunidad c) Caso sospechoso de infección por Covid d) Obesidad grado I			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE J96		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 ☐		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto a) Accidente ☐ b) Homicidio ☐ c) Suicidio ☐			
23. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: 23		24. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Hijo		25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐			
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Hijo		27. NOMBRE Pablo Francisco Rojas Solis		28. FIRMA Pablo Francisco Rojas Solis			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Carretera Tamazunchale - San Martín Kilómetro 6.5		29.1 Tipo de vivienda Interior		29.2 Nombre de la vivienda La Pitahaya			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 23/07/2020		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 1, Libro Núm. 1		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO San Luis Potosí 29/07/2020			
33.1 Acta Núm. 1		33.2 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí		33.3 Entidad federativa San Luis Potosí			

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA