

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



200637280



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

FOLIO
200637280

DEL FALLECIDO

| | | | |
|--|--|--|---|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Jesús Zamora Antonio Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | | | |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO 11/01/1959 Día Mes Año | | 3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) |
| 5. CURP ZAAA1590111HSPMND6 Se ignora <input type="radio"/> 99 | | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | |
| 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → 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: 61 Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9 | |
| 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 5 | | 8.2 Semanas de gestación: 38 8.3 Peso (gramos): 3500 | |
| 9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | | |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Benito Juárez Enramaditas 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 5 Enramaditas Enramaditas 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 79960 Enramaditas Tomazunchale 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 <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 | | 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 | |
| 12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajador Se ignora <input type="radio"/> 99 | | 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 | | 13.1 Número de seguridad social o afiliación | |

DE LA DEFUNCIÓN

| | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|---|--|---|--|
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 | | 14.1 Nombre de la unidad médica | | 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | | 14.3 Tipo de lugar Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99 | | | |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 5 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad Enramaditas Enramaditas 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 79960 Enramaditas Tomazunchale 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 11/09/2020 08:20 Día Mes Año Horas Minutos | | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | 18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | | | |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Debido a (o como consecuencia de) COVID b) COVID Debido a (o como consecuencia de) c) COVID Debido a (o como consecuencia de) d) COVID Debido a (o como consecuencia de) 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 | | | | | | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 días 10 días | | Uso exclusivo del personal codificado 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 <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 | | 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | | 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE | | | |

MUERTE ACCIDENTAL Y VIOLENTA

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|---|--|
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 | |
| 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 vialidad | | 22.7.2 Nombre de la vialidad | | | |
| 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 | |

DEL INF.

| | | | |
|---|--|--|--|
| 23. NOMBRE Angel Martínez Antonio Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Sobrineto | |
|---|--|--|--|

DEL CERTIFICANTE

| | | | |
|---|--|--|--|
| 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique | | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 796363 Número de la cédula profesional | |
| 27. NOMBRE Sergio Enrique Delgado Ceballos Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | | 28. FIRMA Sergio Enrique Delgado Ceballos | |
| 29. DOMICILIO y TELÉFONO Tomazunchale 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 79960 Tomazunchale 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano Tomazunchale San Luis Potosí 4831007045 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 11/09/2020 Día Mes Año | |

REG. IL

| | | | |
|---|--|--|--|
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO | | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Tomazunchale | |
|---|--|--|--|