



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

FOLIO  
200637366

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª 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 \* LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)<br>Nombre(s) <u>Eufrazio</u> <u>Martinez</u> <u>Concepcion</u><br>Primer Apellido <u>Martinez</u> Segundo Apellido <u>Concepcion</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |                                                                                             |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO<br>Día <u>1</u> Mes <u>03</u> Año <u>1939</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3. SEXO<br>Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)<br><u>San Luis Potosí</u>                                                                                                                                                                 |                                                                                                                         |                                                                                             |
| 5. CURP<br><u>MACE390317HSP1ANFOS</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                | 6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                           | 7. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |                                                                                             |
| 8. EDAD CUMPLIDA<br>Para menores de una hora: Minutos: _____<br>Para menores de un día: Horas: _____<br>Para menores de un mes: Días: _____<br>Para menores de un año o más: Meses: _____ Años cumplidos: <u>081</u><br>Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                | 9. ESTADO CONYUGAL<br>En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |                                                                                                                         |                                                                                             |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL<br>Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)<br>10.1 Tipo de vivienda: <u>Delapilla</u><br>10.2 Nombre de la vivienda: <u>Arta de Martinez</u><br>10.3 Núm. Exterior: _____ 10.4 Núm. Interior: _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u><br>10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u><br>10.7 Código Postal: _____ 10.8 Localidad: _____ 10.9 Municipio o Alcaldía: _____ 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |                                                                                             |
| 11. ESCOLARIDAD<br>Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>Completa</u> <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba: <u>Si</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Ocupación habitual: <u>Campesino</u> <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |                                                                                             |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br>Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |                                                                                             |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> HR44 <u>Zacatipán</u> <input checked="" type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> IBSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Número de la unidad médica: _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____ 14.3 Nombre de la clínica: _____ 14.4 Nombre del establecimiento humano: _____ 14.5 Entidad federativa: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |                                                                                             |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>15.1 Tipo de vivienda: <u>Delapilla</u><br>15.2 Nombre de la vivienda: <u>Arta de Martinez</u><br>15.3 Núm. Exterior: _____ 15.4 Núm. Interior: _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u><br>15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u><br>15.7 Código Postal: _____ 15.8 Localidad: _____ 15.9 Municipio o Alcaldía: _____ 15.10 Entidad federativa: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |                                                                                             |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br>Día <u>20</u> Mes <u>07</u> Año <u>2020</u> Hora <u>02</u> Minutos <u>22</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |                                                                                             |
| 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                         | 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?<br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Escriba señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)<br>PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente<br>a) <u>Suspecho de Covid-19</u><br>Debido a la causa consecuencia de) _____<br>b) _____<br>Debido a la causa consecuencia de) _____<br>c) _____<br>Debido a la causa consecuencia de) _____<br>PARTE II<br>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo<br><u>Diabetes mellitus tipo 2</u><br><u>Hipertensión arterial sistémica</u><br>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <u>4 días</u><br>Código CIE: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |                                                                                             |
| 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br>Código CIE: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |                                                                                             |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones maternas del embarazo, parto o puerperio?<br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?<br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |                                                                                             |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:<br>22.1 Fue un presunto: <u>Accidente</u> <input checked="" type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión:<br>Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto autor con el(los) fallecido(s): <u>hijo</u><br>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Descripción 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<br>22.7.1 Tipo de vivienda: _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda: _____<br>22.7.3 Núm. Exterior: _____ 22.7.4 Núm. Interior: _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: _____<br>22.7.7 Código Postal: _____ 22.7.8 Localidad: _____ 22.7.9 Municipio o Alcaldía: _____ 22.7.10 Entidad federativa: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |                                                                                             |
| 23. NOMBRE<br>Nombre(s) <u>Rafael</u> <u>Martinez</u> <u>Ortiz</u><br>Primer Apellido <u>Martinez</u> Segundo Apellido <u>Ortiz</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)<br><u>hijo</u>                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                         |                                                                                             |
| 25. CERTIFICADA POR<br>Médico tratante <input 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"/> Especifique: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br>Número de la cédula profesional: <u>6311546</u>                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                         |                                                                                             |
| 27. NOMBRE<br>Nombre(s) <u>Adelardo</u> <u>Ortiz</u> <u>Ortiz</u><br>Primer Apellido <u>Ortiz</u> Segundo Apellido <u>Ortiz</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                | 28. FIRMA<br><u>[Firma]</u>                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                         |                                                                                             |
| 29. DOMICILIO Y TELÉFONO<br>29.1 Tipo de vivienda: <u>Delapilla</u><br>29.2 Nombre de la vivienda: <u>Arta de Martinez</u><br>29.3 Núm. Exterior: _____ 29.4 Núm. Interior: _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u><br>29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u><br>29.7 Código Postal: _____ 29.8 Localidad: _____ 29.9 Municipio o Alcaldía: _____ 29.10 Entidad federativa: _____ 29.11 Teléfono: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |                                                                                             |
| 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br>Día <u>20</u> Mes <u>07</u> Año <u>2020</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |                                                                                             |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO<br>Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Añote Núm. _____ 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO<br>32.1 Localidad: _____ 32.2 Municipio o Alcaldía: _____ 32.3 Entidad federativa: _____ 32.4 Día: _____ Mes: _____ Año: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |                                                                                             |