



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

200637423

*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 LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Manuel</u> Primer Apellido <u>Morin</u> Segundo Apellido <u>Martinez</u>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>10</u> Mes <u>08</u> Año <u>1938</u>		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	
5. CURP <u>MOMMM360910HSPRRND07</u> Se ignora ☐		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>08</u> Segundos <u>2</u> Para menores de un día: Horas <u>0</u> Minutos <u>0</u> Segundos <u>0</u> Para menores de un mes: Días <u>0</u> Horas <u>0</u> Minutos <u>0</u> Segundos <u>0</u> Para menores de un año: Meses <u>0</u> Años <u>0</u> Semanas <u>0</u> Días <u>0</u> Horas <u>0</u> Minutos <u>0</u> Segundos <u>0</u> Para personas de un año o más: Años <u>08</u> Meses <u>2</u> Días <u>0</u> Horas <u>0</u> Minutos <u>0</u> Segundos <u>0</u>	
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>Axtla</u> 10.3 Núm. Exterior <u>136</u> 10.4 Núm. Interior <u>136</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>791930</u> 10.8 Localidad <u>Axtla de Tencas</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>Axtla de Tencas</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 ☐ Completa ☐ Incompleta ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba ☐ Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 12.2 Ocupación <u>Profesor</u> Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Libramiento al COBACH</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>Santa María II</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>Axtla de Tencas</u> 15.3 Núm. Exterior <u>136</u> 15.4 Núm. Interior <u>136</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>791930</u> 15.8 Localidad <u>Axtla de Tencas</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Axtla de Tencas</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>10</u> Mes <u>08</u> Año <u>2020</u> Horas <u>17</u> Minutos <u>10</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, 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>Caso sospechoso SARS-COV-2</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u></u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>3 horas</u> <u>2 días</u> Código CIE <u></u>	
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 ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u></u>	
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 Sitio donde 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/la fallecido(a): <u></u>		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número <u></u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u></u>	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u></u> 22.7.1 Tipo de vivienda <u></u> 22.7.2 Nombre de la vivienda <u></u> 22.7.3 Núm. Exterior <u></u> 22.7.4 Núm. Interior <u></u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u></u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u></u> 22.7.7 Código Postal <u></u> 22.7.8 Localidad <u></u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u></u> 22.7.10 Entidad federativa <u></u>		23. NOMBRE Nombre(s) <u>Manuel</u> Primer Apellido <u>Dancilio</u> Segundo Apellido <u>Periz</u> 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ 27. NOMBRE Nombre(s) <u>Ariadne</u> Primer Apellido <u>Gropeza</u> Segundo Apellido <u>Sánchez</u> 29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>Libramiento al COBACH</u> 29.3 Núm. Exterior <u>136</u> 29.4 Núm. Interior <u>136</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>791930</u> 29.8 Localidad <u>Axtla de Tencas</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>Axtla de Tencas</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u></u>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>9556913</u> Número de la cédula profesional 28. FIRMA <u></u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u></u> Libro Núm. <u></u> 31.1 Acta Núm. <u></u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u></u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u></u> 32.3 Entidad federativa <u></u> 32.4 Día <u></u> Mes <u></u> Año <u></u>	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD