



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

200637430

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Livia Felix Gonzalez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
2. FECHA DE NACIMIENTO 15 06 1953 Día Mes Año		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐	
5. CURP FEGL530615MSPLNV03		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: 0 6 7 Años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☒ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Año de domicilio permanente donde vivió el fallecido (a): 95 10.1 Tipo de vivienda: Barrio 10.2 Nombre de la vivienda: Coxcatlan 10.3 Núm. Exterior: 7918160 10.4 Núm. Interior: Coxcatlan 10.5 Tipo de asentamiento humano: Coxcatlan 10.6 Municipio o Alcaldía: Coxcatlan 10.7 Código Postal: 7918160 10.8 Localidad: Coxcatlan 10.9 Entidad federativa: San Luis Potosí	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL Año de casa ☒ 12.1 Trabajaba: Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación: 090384766 4F19530R	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEXME ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ IMSS PROSPERA ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐		14.1 Nombre de la unidad médica: HR 16 Axtla 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): Libramiento al COBACH Santa María II	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Calle 15.2 Nombre de la vivienda: Libramiento al COBACH Santa María II 15.3 Núm. Exterior: 136 15.4 Núm. Interior: Colonia 15.5 Tipo de asentamiento humano: Axtla de Terrazas 15.6 Municipio o Alcaldía: Axtla de Terrazas 15.7 Código Postal: 7919130 15.8 Localidad: Axtla de Terrazas 15.9 Entidad federativa: San Luis Potosí		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 09 08 2020 13 35 Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de): 15 horas b) Neumonía por sospecha SARS-COV-2 Debido a (o como consecuencia de): 17 días c) Caso sospechoso SARS-COV-2 Debido a (o como consecuencia de): 17 días d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moribundo que la produjo:		Código CIE	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: 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 ☐		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒	
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 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 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): Área industrial (taller, fábrica u otra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐	
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 vivienda: 22.7.2 Nombre de la vivienda: 22.7.3 Núm. Exterior: 136 22.7.4 Núm. Interior: Colonia 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: Axtla de Terrazas 22.7.6 Municipio o Alcaldía: Axtla de Terrazas 22.7.7 Código Postal: 7919130 22.7.8 Localidad: Axtla de Terrazas 22.7.9 Entidad federativa: San Luis Potosí		22.8 Nombre del asentamiento humano: Axtla de Terrazas	
23. NOMBRE Julietta Salazar Felix Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 4422730 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Claudia Maxiel Bravo Calica Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA 	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: Calle 29.2 Nombre de la vivienda: Libramiento al COBACH 29.3 Núm. Exterior: 136 29.4 Núm. Interior: Colonia 29.5 Tipo de asentamiento humano: Axtla de Terrazas 29.6 Municipio o Alcaldía: Axtla de Terrazas 29.7 Código Postal: 7919130 29.8 Localidad: Axtla de Terrazas 29.9 Entidad federativa: San Luis Potosí		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 09 08 2020 Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: _____	

200637430