



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

FOLIO
200637533

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 LOS PARTICULARES 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 CERTIFICANTE

EG. IL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Celestino Azuara Perez		2. FECHA DE NACIMIENTO 11/07/1952		3. SEXO 1 Hombre 2 Mujer 9 Se ignora		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP CELESTINO A AZUARA PEREZ		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? 1 Sí 2 No 9 Se ignora		7. NACIONALIDAD 1 Mexicana 2 Otra 9 Se ignora		8. EDAD CUMPLIDA 068 Años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL 1 En unión libre 2 Separado(a) 3 Divorciado(a) 4 Viudo(a) 5 Casado(a) 9 Se ignora		10. RESIDENCIA HABITUAL 110 INT 1		11. ESCOLARIDAD 3 Primaria 5 Secundaria 9 Se ignora		12. OCUPACIÓN HABITUAL 1 Jornalero 2 Otra 9 Se ignora	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 2 IMSS 3 ISSSTE 4 SEDENA 5 Seguro Popular 6 SEMAR 7 IMSS PROSPERA 8 PEMEX 9 Se ignora		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1 Secretaría de Salud 2 IMSS PROSPERA 3 ISSSTE 4 SEDENA 5 SEMAR 6 IMSS 7 Otra unidad pública 8 Unidad médica privada 9 Se ignora		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 150		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 17/03/2020 10:44:51	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA MUERTE? 1 Sí 2 No 9 Se ignora		18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? 1 Sí 2 No 9 Se ignora		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) insuficiencia respiratoria aguda Neumonía atípica por SARS COV 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: 1 El embarazo 2 El parto 3 El puerperio 4 43 días a 11 meses después del parto o aborto 5 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 9 Se ignora		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto 1 Accidente 2 Homicidio 3 Suicidio 4 Se ignora 9		23. NOMBRE Gerardo Ignacio Azuara Lopez		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo	
25. CERTIFICADA POR 1 Médico tratante 2 Médico legista 3 Otro médico* 4 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 5 Autoridad civil* 6 Otro* 9 Se ignora		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1785351		27. NOMBRE Ruben Hernandez Santiago		28. FIRMA	
29. DOMICILIO y TELÉFONO Carretera federal 120 San Juan Del Rio-Xilitla		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 17/03/2020		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	