



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

200637673

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 POSIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Luis Antonio Benito</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>25.08.1973</u>	3. SEXO <u>Varón</u>
4. ESTADO DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	5. PAIS DE NACIMIENTO <u>México</u>
6. CORP <u>A06L430825HSPNNIG07</u>	7. IDENTIFICACION <u>07</u>
8. EDAD <u>32 años</u>	9. NACIONALIDAD <u>Mexicana</u>
10. RESIDENCIA HABITUAL <u>Calle Guadalupe Victoria 198 Barrio San Miguel Tamazunchale San Luis Potosí</u>	11. ESCOLARIDAD <u>Primaria</u>
12. OCUPACION HABITUAL <u>Trabajador</u>	13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD <u>ISSSTE</u>
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Calle Guadalupe Victoria 198 Barrio San Miguel Tamazunchale San Luis Potosí</u>	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Calle Guadalupe Victoria 198 Barrio San Miguel Tamazunchale San Luis Potosí</u>
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>26.08.2020 11:14:5</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <u>No</u>	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? <u>No</u>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -a simple, paro cardíaco, asfixia, etc.) a) <u>Insuficiencia Cardíaca Aguda</u> b) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <u>Insuficiencia Cardíaca Aguda</u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <u>No</u> , El parto <u>No</u> , El puerperio <u>No</u> 21.2 ¿Fue causada por: a) <u>No</u> b) <u>No</u> c) <u>No</u> d) <u>No</u>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <u>No</u> , Homicidio <u>No</u> , Suicidio <u>No</u> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <u>No</u> 22.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <u>No</u> 22.4 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <u>No</u>	
23. NOMBRE <u>Lorenzo Antonio Cruz</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <u>No</u> , Médico legal <u>No</u> , Otro médico <u>No</u> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <u>No</u>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>No</u>	
27. NOMBRE <u>Dr. Anselmo López</u>	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Avenida 20 de Noviembre 206 San Juan Tamazunchale San Luis Potosí</u>	
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>26.08.2020</u>	
30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u>Tamazunchale</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO <u>OS</u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u>Tamazunchale</u>	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD