



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

FOLIO

200638937

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

DEL FALLECIDO				
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Olga Elizabeth Ruiz Ortiz</u>				
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>24/08/1978</u>	3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>		
5. CURP <u>R U O O 7 8 0 8 2 4 M S P Z R L 0 8</u>		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: <u>42</u> años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado/a ☐ Viudo/a ☐ Casado/a ☒		
10. RESIDENCIA HABITUAL Antes de fallecer: <u>Calle Tulipán 314 Colonia 18 de Marzo Ciudad Valles San Luis Potosí</u>		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Superior ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Asistente médico</u>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Hospital General de Zona 6</u>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Bulevar Fraccionamiento México Laredo Norte 914 Ciudad Valles San Luis Potosí</u>
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>06/09/2020 22:50</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN a) <u>Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica de origen infeccioso con fallo orgánico</u> b) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> c) <u>COVID-19</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <u>R651</u> <u>J960</u> <u>U071</u>		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 54 AÑOS 21.1 ¿Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☒		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el 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 ☒		22.3 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número <u>914</u> ?
22.4 ¿Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número <u>914</u>		22.6 Descripción breve de la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
22.7 Anote 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 Num. Exterior		22.7.4 Num. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano
22.7.6 Num. Exterior		22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad
22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa		22.7.11 Teléfono
23. NOMBRE <u>J. Asunción Trojillo Pamirez</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Esposo</u>		25. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>11974429</u>
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☒ Médico legista ☐ Otro médico ☐		27. NOMBRE <u>Ana Karina Revilla Serrato</u>		28. FIRMA
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Bulevar Fraccionamiento México Laredo Norte 914 Ciudad Valles San Luis Potosí</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>06/09/2020</u>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad		32.2 Municipio o Alcaldía
32.3 Entidad federativa		32.4 Día		32.5 Mes
32.6 Año		32.7 Acta Num.		32.8 Municipio o Alcaldía

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

Escaneado con CamScanner