



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

FOLIO 2117
200638940

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) ROMUALDO BALDERAS MEDINA	
2. FECHA DE NACIMIENTO 10/10/21/1963	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Su ignora ☐
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSÍ	
5. CURP BAMR63102107HSP1LD1004	
6. HABLADA ALGUNA LENGUA INDIGENA? No ☒ Si ☐ Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐ Se ignora ☐	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos 57	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☒ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivió el fallecido (a) CALLE BENITO JUAREZ 10.1 Tipo de vivienda SIN 10.2 Nombre de la vivienda SIN 10.3 Hum. Exterior 10.4 Hum. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano AQUISMON 10.6 Nombre del asentamiento humano SAN LUIS POTOSÍ 10.7 Código Postal 20900 10.8 Localidad AQUISMON 10.9 Municipio o Alcaldía SAN LUIS POTOSÍ 10.10 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Bachillerato o preparatoria ☒ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ Incompleta ☐	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajable ☒ No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐ 13.1 Número de seguridad social e afiliación 4191630039 IM19630R	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ Otra ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica HGZ 06 CD. VALLES S.L.P. 14.2 Círculo Único de Establecimientos de Salud (CUES) 14.3 Círculo Único de Establecimientos de Salud (CUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda BOULEVARD 15.2 Nombre de la vivienda MEXICO LAREDO 15.3 Hum. Exterior 15.4 Hum. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano COLONIA 15.6 Nombre del asentamiento humano CENTRO 15.7 Código Postal 20900 15.8 Localidad CD. VALLES 15.9 Municipio o Alcaldía CD. VALLES 15.10 Entidad federativa SAN LUIS POTOSÍ	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 10 Mes 09 Año 2020 Horas 11 Minutos 15	
17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Debido a (o como consecuencia de): b) NEUMONÍA NO ESPECIFICADA Debido a (o como consecuencia de): c) SOSPECHA DE CORONAVIRUS SARS-COV-2 Debido a (o como consecuencia de): d) OBESIDAD MORBIDA Debido a (o como consecuencia de): e) DIABETES MELLITUS TIPO 2 Debido a (o como consecuencia de): PARTE II Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionados en último lugar la causa básica: Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: f) 72 HRS g) 10 DIAS h) 10 DIAS i) 20 AÑOS j) 20 AÑOS	
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 ☐ 42 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 del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☐	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☐	
21.4 ¿La muerte ocurrió en el parto o puerperio? Si ☐ 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? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐	
22.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (caso, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Área industrial (taller, fábrica u otra) ☐ Granja (granja o parcelas) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) 22.5 La defunción fue registrada en el Registro Público con el acta número 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos 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 Hum. Exterior 22.7.4 Hum. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE EUNICE NARCISA CASTILLO FONSECA	
24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(A) SOBRINA	
25. CERTIFICADA POR Médico visitante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☒ 25.1 Si el certificante es médico DIRECTIVO Número de la cédula profesional 1979285	
26. NOMBRE JULIO CESAR CORTÉS MARTÍNEZ	
27. DOMICILIO Y TELÉFONO 27.1 Tipo de vivienda BOULEVARD 27.2 Nombre de la vivienda MEXICO LAREDO 27.3 Hum. Exterior 27.4 Hum. Interior 27.5 Tipo de asentamiento humano CENTRO 27.6 Nombre del asentamiento humano COLONIA 27.7 Código Postal 20900 27.8 Localidad CD. VALLES 27.9 Municipio o Alcaldía CD. VALLES 27.10 Entidad federativa SAN LUIS POTOSÍ 27.11 Teléfono 4444760902	
28. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 10 Mes 09 Año 2020	
29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.	
30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad 30.2 Fecha de registro	
31. ENTIDAD FEDERATIVA 32. DÍA MES AÑO	

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