



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO  
200639670

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 INF.

DEL CERTIFICANTE

EG. L

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Maná Francisca</u> Nombre(s)		<u>Alonso</u> Primer Apellido		<u>Alemán</u> Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>1</u> <u>2</u> <u>10</u> <u>19</u> <u>47</u> Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>A0AF471012MSPCLR05</u> Se ignora <input type="radio"/> 099		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>  </u> Minutos Para menores de un día: <u>  </u> Horas Para menores de un mes: <u>  </u> Días Para menores de un año: <u>  </u> Meses Para personas de un año o más: <u>7</u> <u>3</u> Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 06 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 03 En unión libre <input type="radio"/> 04 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Se ignora <input type="radio"/> 09		10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): <u>Calle</u> 10.1 Tipo de vivienda: <u>Casa habitación</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Manuel José Arce</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>78000</u> 10.4 Núm. Interior: <u>  </u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal: <u>78000</u> 10.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 03 Secundaria <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 07 Profesional <input type="radio"/> 08 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 099		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 01 Incompleta <input type="radio"/> 02		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Hogar</u> 12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 IMSS <input checked="" type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 099		13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>  </u>		13.2 Tipo de afiliación: Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 11 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 09	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09		14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General de Salud</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>  </u>		14.3 Tipo de establecimiento: Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 11 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 09	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>112</u> 15.1 Tipo de vivienda: <u>Hospital</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Hospital General de Salud</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>78435</u> 15.4 Núm. Interior: <u>  </u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal: <u>78435</u> 15.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>2</u> <u>1</u> <u>10</u> <u>20</u> <u>20</u> <u>07</u> <u>40</u> Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Neumonía COVID 19</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>  </u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>  </u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>  </u> Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Diabetes Mellitus 2</u> <u>Hipertensión Arterial Sistólica</u>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <u>días</u> Código CI: <u>  </u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 05 22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): <u>  </u>		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>  </u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>  </u> 22.7 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>  </u> 22.7.1 Tipo de vivienda: <u>  </u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u>  </u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u>  </u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>  </u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>  </u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u>  </u> 22.7.7 Código Postal: <u>  </u> 22.7.8 Localidad: <u>  </u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>  </u> 22.7.10 Entidad federativa: <u>  </u>		22.8 Localidad: <u>  </u> 22.9 Municipio o Alcaldía: <u>  </u> 22.10 Entidad federativa: <u>  </u>	
23. NOMBRE <u>Tianaka Javier</u> Nombre(s)		<u>Martínez</u> Primer Apellido		<u>Alonso</u> Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico* <input type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil* <input type="radio"/> 05 Otro* <input type="radio"/> 08		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>adscrito</u> *Especifique: <u>  </u> Número de la cédula profesional: <u>7543300</u>	
27. NOMBRE <u>Luís Francisco</u> Nombre(s)		<u>Parral</u> Primer Apellido		<u>Valle</u> Segundo Apellido	
28. FIRMA <u>  </u>		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Avenida</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Voluntin América</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>112</u> 29.4 Núm. Interior: <u>  </u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Hospital</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Hospital General de Salud</u> 29.7 Código Postal: <u>78435</u> 29.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u>  </u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>2</u> <u>1</u> <u>10</u> <u>20</u> <u>20</u> Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			