



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

200639856

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>ª</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>ª</sup> COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LA LÁBANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Luz María		Martinez		Gonzalez.	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		06/12/1963		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		San Luis Potosí		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP		MAGL631206MSPRNZ07		6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
				Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA		Para mayores de una hora <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/>		Para menores de un año <input type="radio"/> Meses <input type="radio"/> Días		Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos <input checked="" type="radio"/> Años cumplidos <input type="radio"/>	
				8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
Para menores de 28 días anote:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		9. ESTADO CONYUGAL		10. NACIONALIDAD	
				Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1		Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vivienda		10.2 Nombre de la vivienda	
		Av. Ciudad Colonia		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
10.3 N.º Exterior		2100		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía	
		718380		10.10 Código Postal		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8		Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10		11.1 La escolaridad seleccionada es:	
				Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2	
12. OCUPACIÓN HABITUAL		11.2 Comerciante		12.1 Trabajaba		12.2 No trabajaba	
				Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4		SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
				Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.2 Nombre de la unidad médica		14.3 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		14.4 Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
		Hospital General de Soledad		Valentín Suárez		Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vivienda		15.2 Nombre de la vivienda		15.3 N.º Exterior	
		Colonia		Colonia Soledad Graciano S.		15.4 N.º Interior	
		718436		15.5 Tipo de asentamiento humano		718436	
		Soledad Graciano S.		15.6 Nombre del asentamiento humano		Soledad Graciano S.	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía	
		09/10/2020		06:45		SLP	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA?				16.10 Entidad federativa	
Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 PARTE I		19.2 PARTE II		19.3 CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	
		Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moroso que la produjo		Causas antecedentes	
		a) Síndrome Insuficiencia Respiratoria Aguda		b) Neumonía por SARS-CoV-2		c) Diabète Mellitus	
		Debido a (o como consecuencia de)		Debido a (o como consecuencia de)		Debido a (o como consecuencia de)	
		d)					
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		20.1 Causa básica de defunción		20.2 Causa básica de defunción		20.3 Causa básica de defunción	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 Las causas anotadas comparten el embarazo, parto o puerperio?		21.4 Causa básica de defunción	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Causa básica de defunción		22.5 Causa básica de defunción	
22.1 Fue un presunto accidente		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Causa básica de defunción	
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Viviendo particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área de servicio		Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 4 Área comercial o <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.5 Causa básica de defunción	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7 Sitio donde ocurrió la lesión		22.8 Sitio donde ocurrió la lesión	
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 N.º Exterior 22.7.4 N.º 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		José Jesús Colaván		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		24.1 Esposo.	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
25. CERTIFICADA POR		25.1 Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Secretaría de Salud <input type="radio"/> 6		25.2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 8		25.3 Dirección	
						*Especifique	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		26.1 Número de la cédula profesional		26.2 Número de la cédula profesional		26.3 Número de la cédula profesional	
		3207093					
27. NOMBRE		Erika Alicia Domínguez		27.2 Nombre de la vivienda		27.3 N.º Exterior 27.4 N.º Interior	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		27.5 Tipo de asentamiento humano	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO		28.1 Protención		28.2 Soledad Graciano S.		28.3 Soledad Graciano S.	
		28.4 Número de asentamiento humano		28.5 Código Postal		28.6 Número de asentamiento humano	
		28.7 Localidad		28.8 Localidad		28.9 Número de asentamiento humano	
29.1 Tipo de vivienda		29.2 N.º Exterior 29.3 N.º Interior		29.4 N.º Exterior 29.5 N.º Interior		29.6 N.º Exterior 29.7 N.º Interior	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.8 Código Postal		29.11 Teléfono		29.12 Teléfono	
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.12 Entidad federativa		29.13 Entidad federativa	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		30.1 Día 24		30.2 Mes 10		30.3 Año 2020	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIA o JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Número, Libro Número		32.1 Localidad					
31.1 Acta N.º		32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa		32.4 Día	
						32.5 Mes	
						32.6 Año	

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