



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

FOLIO  
200639858

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			Alfonso Roma Martinez		
2. FECHA DE NACIMIENTO			25/12/1939		
3. SEXO			Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			San Luis Potosí		
5. CURP			ROMA391225HSPMRL01		
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			Se ignora <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		
7. NACIONALIDAD			Mexicana <input checked="" type="radio"/> Extranjera <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
8. EDAD CUMPLIDA			Para menores de una hora <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Minutos <input type="radio"/> Horas <input type="radio"/> Días <input type="radio"/>		
9. ESTADO CONYUGAL			Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		
10. RESIDENCIA HABITUAL			Calle 200 Barrio		
10.1 Domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			10.2 Nombre de la vialidad		
10.3 Núm. Exterior			10.4 Núm. Interior		
10.5 Tipo de asentamiento humano			10.6 Municipio o Alcaldía		
10.7 Código Postal			10.8 Localidad		
11. ESCOLARIDAD			11.1 La escolaridad seleccionada es:		
Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10			Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		
12. OCCUPACIÓN HABITUAL			12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			13.1 Número de seguridad social o afiliación		
Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10			Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			14.1 Nombre de la unidad médica		
Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 3 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7			Hospital General Soledad		
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			15.2 Nombre de la vialidad		
112 Benavides Rivas Guillen			15.3 Núm. Exterior		
15.4 Núm. Interior			15.5 Tipo de asentamiento humano		
78436 Soledad Graciano			15.6 Nombre del asentamiento humano		
15.7 Código Postal			15.8 Localidad		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		
05/10/2020 06:30			Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
Día Mes Año Horas Minutos			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)			Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			19.1 Causas antecedentes Estados morbosos, si existieron algunos que fueron causa de la muerte, mencionarlos en el orden que se consigna arriba, mencionándose en el último lugar la causa básica		
a) Sin drenaje Inflamación Respiratoria Aguda			19.2.1 Debido a (o como consecuencia de)		
b) Inflamación Respiratoria Aguda			19.2.2 Debido a (o como consecuencia de)		
c) Neumonía por COVID-19			19.2.3 Debido a (o como consecuencia de)		
d)			19.2.4		
PARTE II Otro factores patológicos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			19.3.1		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS			21.3.1		
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:			21.3.2		
El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto <input type="radio"/> 4 43 días a 11 meses después del parto <input checked="" type="radio"/> 4			21.3.3		
El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5			21.3.4		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			22.3.1		
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9			22.3.2 Sitio donde ocurrió la lesión		
22.2.1 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			22.3.3 Área industrial <input type="radio"/> 6 Calle o carretera <input type="radio"/> 3 Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela o oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 9		
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:			22.6.1 Describa brevemente 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 vialidad		
22.7.3 Núm. Exterior			22.7.4 Núm. Interior		
22.7.7 Código Postal			22.7.8 Localidad		
23. NOMBRE			22.7.9 Municipio o Alcaldía		
Nombre(s)			22.7.10 Entidad federativa		
25. CERTIFICADA POR			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Personas autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4			Sobrina <input type="radio"/> 1 Número de la cédula profesional		
Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8			25. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
27. NOMBRE			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
Nombre(s)			30.1.1 Firma		
29. DOMICILIO y TELÉFONO			30.1.2 Número de la cédula profesional		
29.1.1 Domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			30.1.3		
29.1.2 Teléfono			30.1.4		
29.2.1 Nombre del asentamiento humano			30.1.5		
29.2.2 Código Postal			30.1.6		
29.2.3 Localidad			30.1.7		
29.2.4 Municipio o Alcaldía			30.1.8		
29.2.5 Entidad federativa			30.1.9		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA o JUZGADO			30.2.1 Fecha		
Número _____, Libro Número _____			30.2.2 Acta Número _____		
31.1 Acta Número _____			30.2.3 Entidad federativa		
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			30.2.4 Día Mes Año		
32.1 Localidad			30.2.5		
32.2 Municipio o Alcaldía			30.2.6		
32.3 Entidad federativa			30.2.7		
32.4 Día Mes Año			30.2.8		

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

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  
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

200639858

DEL REG. CIVIL

DEL CERTIFICANTE

MUERTE ACCIDENTAL Y VIOLENTA

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN