



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

FOLIO
200639862

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



200639862

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>ALBERTO</u> Nombre(s)		<u>MAGAS</u> Primer Apellido		<u>VITE</u> Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>25</u> <u>01</u> <u>19</u> <u>33</u> Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>MAVA3301125HSPCTLO8</u> Se ignora <input type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique	
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		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>508 A</u> 10.1 Tipo de vivienda: <u>CASA</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>RANCHO VIEJO</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>7183194</u> 10.4 Núm. Interior: <u>VILLA DE ROSAS</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>VILLA DE ROSAS</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 10.7 Código Postal: <u>7183194</u> 10.8 Localidad: <u>VILLA DE ROSAS</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero):	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>COMERCiante</u> 12.1 Trabajaba: Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>1112</u> 15.1 Tipo de vivienda: <u>CASA</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>VALENTIN AMADOR</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>718436</u> 15.4 Núm. Interior: <u>SOLAN DE GRACIANO</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>SOLAN DE GRACIANO</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 15.7 Código Postal: <u>718436</u> 15.8 Localidad: <u>SOLAN DE GRACIANO</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 15.10 Entidad federativa:		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>INFECCIÓN ATÍPICA SARS-COV-2</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>DIABETES MELITUS TIPO 2</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>ASMA</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		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>18 DÍAS</u> Código CIE <u>A75</u> <u>A75</u>		Código CIE	
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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a) <u>AMIGO</u>	
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 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda: <u>CASA</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u>VALENTIN AMADOR</u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u>718436</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>SOLAN DE GRACIANO</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>SOLAN DE GRACIANO</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 22.7.7 Código Postal: <u>718436</u> 22.7.8 Localidad: <u>SOLAN DE GRACIANO</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 22.7.10 Entidad federativa:	
23. NOMBRE <u>MARTEL</u> Nombre(s)		<u>PEREZ</u> Primer Apellido		<u>ALVAREZ</u> Segundo Apellido	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <u>10107309</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
27. NOMBRE <u>RAUL ALFONSO</u> Nombre(s)		<u>DIAZ</u> Primer Apellido		<u>HERNANDEZ</u> Segundo Apellido	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>CASA</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>VALENTIN AMADOR</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>718436</u> 29.4 Núm. Interior: <u>SOLAN DE GRACIANO</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>SOLAN DE GRACIANO</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 29.7 Código Postal: <u>718436</u> 29.8 Localidad: <u>SOLAN DE GRACIANO</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 29.10 Entidad federativa: <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 29.11 Teléfono: <u>82601909</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>25</u> <u>01</u> <u>20</u> <u>20</u> Día Mes Año		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <u>1</u> Libro Núm. <u>1</u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>SOLAN DE GRACIANO</u> 32.2 Municipio o Alcaldía: <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 32.3 Entidad federativa: <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 32.4 Día: <u>25</u> 32.5 Mes: <u>01</u> 32.6 Año: <u>2020</u>		33. ENTIDAD FEDERATIVA: <u>SAN LUIS POTOSÍ</u>		34. DÍA: <u>25</u> 35. MES: <u>01</u> 36. AÑO: <u>2020</u>	

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