



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
200639935

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Arturo</u>		Primer Apellido <u>García</u>		Segundo Apellido <u>Torres</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>12</u> Mes <u>03</u> Año <u>1964</u>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 09		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>GIATR640312HSPIRRRO4</u>		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input checked="" type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 09		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> 02 → Se ignora <input type="checkbox"/> 09	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora _____ Minutos _____		Para menores de un día _____ Horas _____		Para menores de un mes _____ Días _____	
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad	
10.3 Núm. Exterior <u>150</u> 10.4 Núm. Interior <u>Colonia</u> 10.7 Código Postal <u>78180</u> 10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u>		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Morales</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 checked="" type="checkbox"/> 01 Preescolar <input type="checkbox"/> 02 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 07 Profesional <input type="checkbox"/> 08 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> 01 Incompleta <input type="checkbox"/> 02		12. OCUPACIÓN HABITUAL Albañil <input type="checkbox"/> 01 Se ignora <input type="checkbox"/> 09	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="checkbox"/> 02 PEMEX <input type="checkbox"/> 04 SEMAR <input type="checkbox"/> 06 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 01 IMSS <input type="checkbox"/> 03 PEMEX <input type="checkbox"/> 05 SEMAR <input type="checkbox"/> 07 Otra unidad médica privada <input type="checkbox"/> 08		14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General</u>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>Soleclad</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior <u>112</u> 15.4 Núm. Interior <u>Colonia</u> 15.7 Código Postal <u>78485</u>		15.1 Tipo de vialidad <u>Prolongación</u>		15.2 Nombre de la vialidad <u>Valentín Amador</u>	
15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soleclad de Graciano</u>		15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Rivera Gullén</u>		15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>27</u> Mes <u>11</u> Año <u>2010</u> Horas <u>01</u> Minutos <u>05</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 09		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente					
a) <u>SIRA</u> Debido a (o como consecuencia de)					
b) <u>Pb COVID</u> Debido a (o como consecuencia de)					
c) <u>Hipertension Arterial Sistémica</u> Debido a (o como consecuencia de)					
d) <u>Diabetes Trielitis</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 morboso que la produjo					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
El embarazo <input type="checkbox"/> 01 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 04		El parto <input type="checkbox"/> 02 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 05		Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02 Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 01 Homicidio <input type="checkbox"/> 02 Suicidio <input type="checkbox"/> 03 Se ignora <input type="checkbox"/> 09		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 09		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 00 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 02	
				Área deportiva <input type="checkbox"/> 03 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 04 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 05	
				Área industrial <input type="checkbox"/> 06 (taller, fábrica u obra) Granja <input type="checkbox"/> 07 (rancho o parcela) Otro <input type="checkbox"/> 08	
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		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad	
22.7.3 Núm. Exterior <u>22.7.4 Núm. Interior</u> 22.7.7 Código Postal		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Hipólita</u>	Primer Apellido <u>García</u>	Segundo Apellido <u>Torres</u>	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hermana		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> 01 Médico legista <input type="checkbox"/> 02 Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> 03			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 10216516		
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 04 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 05 Otro* <input type="checkbox"/> 08			Número de la cédula profesional		
*Especifique					
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Leticia</u>	Primer Apellido <u>Torres</u>	Segundo Apellido <u>Torres</u>	28. FIRMA <u>Leticia Torres</u>		
29. DOMICILIO y TELÉFONO Domicilio <u>Prolongación Valentín Amador</u> Número de la vialidad <u>29.1</u> Código Postal <u>7818435</u> Nombre del asentamiento humano <u>Rivera Gullén</u> Municipio o Alcaldía <u>Salvador de Grijalva</u>	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior <u>1112</u> 29.4 Núm. Interior <u>Colonia</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano	29.6 Nombre del teléfono <u>2711021020</u>	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>27</u> Mes <u>11</u> Año <u>2010</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER LA 2^a COPIA (AZUL) PARA LOS DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

200639935

DE LA DEFUNCIÓN

JEG.
IL
DEL CERTIFICANTE
INF.