



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 210829103

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s): <u>Alberto</u> Apellido(s): <u>Torres Cruz</u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día: <u>13</u> Mes: <u>01</u> Año: <u>1969</u>	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Es ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Veracruz</u>
5. CURP <u>1001A69011301HYZERLLO</u>	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Es ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐ Es ignora ☐
8. EDAD COMPLETA Para menores de una hora: Horas: <u>00</u> Minutos: <u>00</u> Para menores de un día: Horas: <u>00</u> Minutos: <u>00</u> Para menores de un mes: Horas: <u>00</u> Minutos: <u>00</u> Para menores de un año: Meses: <u>05</u> Años cumplidos: <u>51</u>		
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Es ignora ☐		
10. RESIDENCIA HABITUAL Antes al domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): 10.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Endeido</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>84</u> 10.4 Núm. Interior: <u>Colonia</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Guadalupe</u> 10.6 Código Postal: <u>779020</u> 10.7 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 10.8 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u> 10.9 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Es ignora ☐ 11.1 La escolaridad adquirida es: Completa ☒ Incompleta ☐		
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajo: <u>Trabajador en el campo</u> 12.2 Ocupación: <u>Trabajador en el campo</u>		
13. AFINIDAD A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otro ☐ 13.1 Número de seguridad social: <u>0000000000</u>		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otro ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General de zona n.º 6</u> 14.2 Casa de Habitación: <u>0000000000</u>		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Boulevard</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>México Laredo</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>914</u> 15.4 Núm. Interior: <u>Excepcionalmente</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>19 de enero</u> 15.6 Código Postal: <u>779020</u> 15.7 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 15.8 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u> 15.9 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: <u>21</u> Mes: <u>11</u> Año: <u>2019</u> Horas: <u>14</u> Minutos: <u>35</u>		
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Es ignora ☐		
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplar: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que provocó la muerte directamente. a) <u>Choque de pecho</u> b) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> c) <u>Neumonía no especificada</u> d) <u>Suspecho de coronavirus SARS-CoV-2</u> PARTE II: Otras causas de defunción significativas que contribuyeron a la muerte, pero no directamente relacionadas con la enfermedad o estado patológico que provocó la muerte. <u>Enfermedad renal crónica etapa 5</u> <u>Hipertensión esencial (primaria)</u>		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u>24 horas</u> <u>48 horas</u> <u>7 días</u> <u>7 días</u> <u>1 año</u> <u>1 año</u>		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones preexistentes, complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Es ignora ☐ 22.3 ¿Ocurrió en la vivienda particular? Sí ☐ No ☒ Es ignora ☐ 22.4 ¿Ocurrió en la vivienda colectiva (casco, colonia, etc.)? Sí ☐ No ☒ Es ignora ☐ 22.5 ¿Ocurrió en la vía pública? Sí ☐ No ☒ Es ignora ☐ 22.6 ¿Ocurrió en la vía pública? Sí ☐ No ☒ Es ignora ☐ 22.7 ¿Ocurrió en la vía pública? Sí ☐ No ☒ Es ignora ☐		
23. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO PÚBLICO CON EL NÚMERO: 23.1 Tipo de vivienda: <u>22.7</u> 23.2 Nombre de la vivienda: <u>22.8</u> 23.3 Núm. Exterior: <u>22.9</u> 23.4 Núm. Interior: <u>22.10</u> 23.5 Tipo de asentamiento humano: <u>22.11</u> 23.6 Código Postal: <u>22.12</u> 23.7 Localidad: <u>22.13</u> 23.8 Municipio o Alcaldía: <u>22.14</u> 23.9 Entidad federativa: <u>22.15</u>		
24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>		
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 10899152 Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE: Nombre(s): <u>Concepción</u> Apellido(s): <u>Albino</u>		
28. DOMICILIO Y TELÉFONO: 28.1 Tipo de vivienda: <u>Boulevard</u> 28.2 Nombre de la vivienda: <u>México Laredo</u> 28.3 Núm. Exterior: <u>914</u> 28.4 Núm. Interior: <u>Excepcionalmente</u> 28.5 Tipo de asentamiento humano: <u>19 de enero</u> 28.6 Código Postal: <u>779020</u> 28.7 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 28.8 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u> 28.9 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: <u>21</u> Mes: <u>11</u> Año: <u>2019</u>		
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO: Núm.: <u>0000000000</u> Libro Núm.: <u>0000000000</u>		
31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad: <u>0000000000</u> 31.2 Municipio o Alcaldía: <u>0000000000</u> 31.3 Entidad federativa: <u>0000000000</u> 31.4 Día: <u>00</u> Mes: <u>00</u> Año: <u>00</u>		

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