



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

FOLIO
210829262

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

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Valente</u> <u>Alvarez</u> <u>Gonzalez</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>12</u> Mes <u>1</u> Año <u>1942</u>	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Sexo ☐
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>ANGV420521HSPLNL03</u>	
6. HABLAR ALGUN LENGUA INDIGENA? Si ☐ No ☒	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: Minutos ☐ Para menores de un día: ☐ Para menores de un mes: ☐ Para menores de un año: ☐ Para personas de un año o más: <u>078</u> años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☒ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a): 10.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> <u>Arhuab</u> <u>125</u> 10.2 Tipo de asentamiento humano: <u>Colonia</u> <u>Interoct 2</u> 10.3 Nombre del asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> <u>San Luis Potosí</u>	
11. EDUCACIÓN Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Bachillerato o equivalente ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐	
12. OCUPIACIÓN HABITUAL 12.1 Ocupación: <u> pensionado </u> 12.2 Trabajaba: Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>914</u> <u>Bolevard</u> <u>Francia</u> 15.2 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> <u>Ciudad Valles</u> 15.3 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>04</u> Mes <u>12</u> Año <u>2020</u> Hora <u>19</u> Minutos <u>05</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) <u>Paro respiratorio</u> b) <u>Síndrome de dificultad respiratoria del adulto</u> c) <u>Sequelas de Coronavirus SARS-CoV-2</u> d) <u>Diabetes mellitus no insulinodependiente, sin complicaciones</u> e) <u>Hipertensión esencial (primaria)</u> f) <u>20 años</u> g) <u>20 años</u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u>R092</u> <u>J80X</u> <u>U072</u> <u>E1X</u> <u>L10X</u>	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 34 AÑOS 21.1 ¿Existe flujo si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 41 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No existió embarazo en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 ¿Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Señora ☐ Si ☐ No ☐ Señora ☐	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☐ Señora ☐	
22.3 ¿Dónde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (pasillo, colono, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Señora ☐	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Área de servicio (cocina, pancho o pastelería) ☐ Grupos ☐ Otro ☐ Señora ☐	
22.5 La defunción fue registrada en el Registro Público con el acta número _____	
22.6 ¿Desea proporcionar la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____	
22.7 Anote el domicilio donde se 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 Num. Exterior: _____ 22.7.4 Num. 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: _____	
DEL INF	
23. NOMBRE <u>Maricela</u> <u>Alvarez</u> <u>García</u>	
24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>	
DEL CERTIFICANTE	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☒ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Acreditada civil ☐ Otro ☐	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <u>4466826</u>	
27. NOMBRE <u>Alejandro</u> <u>Olvera</u> <u>Tovar</u>	
28. FIRMA _____	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>914</u> <u>Bolevard</u> <u>Francia</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Ciudad Valles</u> 29.3 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 29.4 Num. Exterior: _____ 29.5 Num. Interior: _____ 29.6 Tipo de asentamiento humano: _____ 29.7 Código Postal: _____ 29.8 Localidad: _____ 29.9 Municipio o Alcaldía: _____ 29.10 Entidad federativa: _____ 29.11 Teléfono: _____	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>04</u> Mes <u>12</u> Año <u>2020</u>	
DEL REG. CIVIL	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. _____ Libro Num. _____ 31.1 Acta Num. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: _____ 32.2 Municipio o Alcaldía: _____ 32.3 Entidad federativa: _____ 32.4 Día: _____ Mes: _____ Año: _____	

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