



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

FOLIO  
210829364

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS ORIGINADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

210829364

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                               |                                                                                                                                              |                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DEL FALLECIDO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                               |                                                                                                                                              |                                                                                             |
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): <u>Esteban</u> <u>Gonzalez</u> <u>Martinez</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                               |                                                                                                                                              |                                                                                             |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO<br><u>26</u> <u>12</u> <u>1939</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 3. SEXO<br>Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br><u>San Luis Potosí</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                               |                                                                                                                                              |                                                                                             |
| 5. CURP<br><u>GOME391226HSPNR309</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                | 6. HABLARA AL GUNA LENGUA INDIGENA?<br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 7. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input checked="" type="radio"/> Extranjera <input type="radio"/> |                                                                                                                                              |                                                                                             |
| 8. EDADES<br>Cumplida <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Para personas de un año o más <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                | 9. ESTADO CONYUGAL<br>Separados <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> Casada <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Soltera <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                               |                                                                                                                                              |                                                                                             |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL<br>10.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u><br>10.2 Nombre de la vivienda: <u>Frontera</u><br>10.3 Num. Exterior: <u>222</u><br>10.4 Num. Interior: <u>Colonia</u><br>10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Francisco I. Madero</u><br>10.6 Localidad: <u>Ciudad Valles</u><br>10.7 Código Postal: <u>79040</u><br>10.8 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u><br>10.9 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>                                                                                                                                                                          |                                                                                | 11. ESCOLARIDAD<br>Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                               | 12. OCUPACIÓN HABITUAL<br><u>Pensionado</u>                                                                                                  |                                                                                             |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br>ISSSTE <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                | 14. SITIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCIÓN<br>Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra entidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Hospitales <input type="radio"/> Hospicio <input type="radio"/> En casa <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                               |                                                                                                                                              |                                                                                             |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCIÓN<br>15.1 Tipo de vivienda: <u>Boulevard</u><br>15.2 Nombre de la vivienda: <u>Manera Laredo</u><br>15.3 Num. Exterior: <u>914</u><br>15.4 Num. Interior: <u>Fraccionamiento</u><br>15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>19 de Enero</u><br>15.6 Localidad: <u>Ciudad Valles</u><br>15.7 Código Postal: <u>79000</u><br>15.8 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u><br>15.9 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>                                                                                                                                                |                                                                                | 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br>Día: <u>21</u> Mes: <u>12</u> Año: <u>2020</u> Hora: <u>11</u> Minuto: <u>48</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                               | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br>Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> | 18. ¿SE PRÁCTICO NECROPSIA?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada espacio. Evite añadir modos de muerte - ejemplo: paro cardíaco, externa, etc.)<br>PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que provocó la muerte directamente:<br>a) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u><br>b) <u>Suspecho de Coronavirus SARS-CoV-2</u><br>c) <u>Hipertensión esencial (primaria)</u><br>PARTE II<br>Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado patológico que provocó la muerte:<br>a) <u>3 días</u><br>b) <u>3 días</u><br>c) <u>3 días</u> |                                                                                | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br>Código CIE: <u>3 días</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                               |                                                                                                                                              |                                                                                             |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br>21.1 Especificar si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/><br>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones asociadas al embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                | 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:<br>22.1 Fue un presunto:<br>Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>22.3 ¿Ocurrió en la vivienda?<br>Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o camellera (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"/><br>22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s):<br>Área industrial (taller, fábrica, etc.) <input type="radio"/> Granja (campo o parcelas) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |                                                                                               |                                                                                                                                              |                                                                                             |
| 22.7 Anote en domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:<br>22.7.1 Tipo de vivienda:<br>22.7.2 Nombre de la vivienda:<br>22.7.3 Num. Exterior: <u>914</u><br>22.7.4 Num. Interior:<br>22.7.5 Tipo de asentamiento humano:<br>22.7.6 Localidad:<br>22.7.7 Código Postal:<br>22.7.8 Municipio o Alcaldía:<br>22.7.9 Entidad federativa:                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                | 23. NOMBRE<br>Nombre: <u>Felia</u> <u>Gonzalez</u> <u>Martinez</u><br>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)<br><u>Hijo</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                               |                                                                                                                                              |                                                                                             |
| 25. CERTIFICADA POR:<br>Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" 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<br><u>5356681</u><br>Número de la cédula profesional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                               |                                                                                                                                              |                                                                                             |
| 27. NOMBRE<br>Nombre: <u>Thelma Ruth Ramirez</u> <u>Ortiz</u><br>28. FIRMA<br><u>[Firma]</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                | 29. DOMICILIO Y TELÉFONO<br>29.1 Tipo de vivienda: <u>Boulevard</u><br>29.2 Nombre de la vivienda: <u>Manera Laredo</u><br>29.3 Num. Exterior: <u>914</u><br>29.4 Num. Interior:<br>29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Fraccionamiento</u><br>29.6 Localidad: <u>Ciudad Valles</u><br>29.7 Código Postal: <u>79000</u><br>29.8 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u><br>29.9 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u><br>29.10 Teléfono:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                               |                                                                                                                                              |                                                                                             |
| 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br>Día: <u>21</u> Mes: <u>12</u> Año: <u>2020</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                | 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO<br>31.1 Acta Num.:<br>31.2 Libro Num.:<br>31.3 Localidad:<br>31.4 Municipio o Alcaldía:<br>31.5 Entidad federativa:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                               |                                                                                                                                              |                                                                                             |

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