



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
210829821

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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL INF.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Martimiano Ortiz		2. FECHA DE NACIMIENTO 10/01/1950		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP Q1XMS00102HSRXXR06		6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: Horas: Para menores de un día: Para menores de un mes: Para menores de un año: Para personas de un año o más: 70 Se ignora ☐	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☒ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vivienda		10.2 Nombre de la vivienda	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		11.1 La escolaridad seleccionada es		12. OCUPACIÓN HABITUAL Campeño		12.1 Trabajaba ☒ No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐		14.1 Nombre de la unidad médica	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calletera Federal 120 San Juan del Río-Xilitla Km 259.2		15.1 Tipo de vivienda		15.2 Nombre de la vivienda		15.3 Núm. Exterior	
15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano		15.7 Código Postal	
15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 12/01/2020 16:00	
16.1 Día		16.2 Mes		16.3 Año		16.4 Horas	
16.5 Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		18.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)		19.1 PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		19.2 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		19.3 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El parto ☐ El puerperio ☐ El embarazo ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Descripción de la lesión		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 Anote el domicilio donde 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 Núm. Exterior	
22.7.4 Núm. 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		23. NOMBRE Gabriel Ortiz	
23.1 Nombre(s)		23.2 Primer Apellido		23.3 Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		25.1 Nombre(s)		25.2 Primer Apellido		25.3 Segundo Apellido	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		26.1 Número de la cédula profesional		26.2 FIRMA		26.3 Fecha	
27. NOMBRE Yazmin Alejandra Velazquez		27.1 Nombre(s)		27.2 Primer Apellido		27.3 Segundo Apellido	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO Calletera Federal 120 San Juan del Río-Xilitla Km 259.2		28.1 Tipo de vivienda		28.2 Nombre de la vivienda		28.3 Núm. Exterior	
28.4 Núm. Interior		28.5 Tipo de asentamiento humano		28.6 Nombre del asentamiento humano		28.7 Código Postal	
28.8 Localidad		28.9 Municipio o Alcaldía		28.10 Entidad federativa		28.11 Teléfono	
29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 5		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 11/01/2020		31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Xilitla		32. ENTIDAD FEDERATIVA San Luis Potosí	
31.1 Localidad		31.2 Día		31.3 Mes		31.4 Año	
31.5 Entidad federativa		31.6 Día		31.7 Mes		31.8 Año	

210829821