



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

210829863

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) Virgilio Martinez Hernandez		2. FECHA DE NACIMIENTO 20 06 19 60		3. SEXO ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ Se ignora	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí
5. CURP VMR20061960XXXXXX		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? ☒ Sí ☐ No ☐ Se ignora		7. NACIONALIDAD ☒ Mexicana ☐ Extranjera ☐ Se ignora	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Horas Minutos Para menores de un día: Horas Minutos Para menores de un mes: Horas Minutos Para menores de un año: Meses Días Para personas de un año o más: Años Meses Días 60		9. ESTADO CONYUGAL ☒ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora		10. RESIDENCIA HABITUAL Antes el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a): Calle Localidad Carretera a Axtla Ajuatilla la seccion Coxcatlan	
11. ESCOLARIDAD ☒ Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Terciaria ☐ Superior ☐ Posgrado ☐ Se ignora		12. OCUPACIÓN HABITUAL ☒ Agricultor ☐ Trabajador ☐ No ☐ Se ignora		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD ☒ IMSS ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN ☒ Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 136 Calle Colonias Libramiento al cobach Santa Maria II Axtla de Terrazas San Luis Potosí		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 27 11 20 20 14 15	
17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de): Infección aguda de las vías respiratorias inferiores Debido a (o como consecuencia de): Caso confirmado de SARS COV2 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? ☒ Sí ☐ No		19. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☒ Sí ☐ No ☐ Se ignora	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE J460 J440 U07.1 J449		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 ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada 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 ☐ Se ignora ☐	
23. NOMBRE Elizabet Martinez Hernandez		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija		25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐	
26. NOMBRE Manuel Alejandro Cruz Ruiz		27. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle Libramiento al cobach 136 Colonia Santa Maria Axtla de Terrazas San Luis Potosí		28. FIRMA [Firma]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle Libramiento al cobach 136 Colonia Santa Maria Axtla de Terrazas San Luis Potosí		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 27 11 20 20		31. LOCALIDAD Axtla de Terrazas	

210829863

HUAWEI Mate 20
LEICA TRIPLE CAMERA