



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

FOLIO
210829931

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Luisa Francisca Antonio		2. FECHA DE NACIMIENTO 22/06/1957		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí
5. CURP FAAL570622MSPRNS06		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☒ No ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: Para menores de un día: Horas: Para menores de un mes: Días: Para menores de un año: Meses: Para personas de un año o más: 053 años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Señora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanentemente donde vivía el fallecido(a): Calle Sector La Cruz	
10.3 Num. Exterior: 79960		10.4 Num. Interior: Emiliano Zapata		10.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí	
11. ECOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Terciaria ☐ Superior ☐ Incompleta ☐ Completa ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL Amo de casa		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Hospitales de Salud: IMSS ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad médica: Hospital Rural #4		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Km 3 Carretera a San Martín		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 16/12/2020 03:05	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada región. Evite señalar modos de morir, lesiones por accidente, etc.) a) Neumonía b) Probable SARS-CoV2 c) Encefalopatía hepática d) Cirrosis hepática Child Pugh C		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
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 ☐ 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: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera ☐ Estación o oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐		22.4 ¿Anotó la causa de la muerte en el presunto accidente (lesión)? Sí ☐ No ☒	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Num. Exterior: 22.7.2 Num. Interior: 22.7.3 Código Postal: 22.7.4 Localidad: 22.7.5 Municipio o Alcaldía: 22.7.6 Entidad Federativa: 22.7.7 Tipo de asentamiento humano: 22.7.8 Localidad: 22.7.9 Municipio o Alcaldía: 22.7.10 Entidad Federativa: 22.7.11 Tipo de asentamiento humano:		22.8 Descripción brevemente la situación, circunstancias y motivos en que se produjo la lesión o presunto accidente: 22.8.1 Fecha: 22.8.2 Hora: 22.8.3 Lugar: 22.8.4 Situación: 22.8.5 Circunstancias: 22.8.6 Motivos:		22.9 ¿Se practicó necropsia? Sí ☐ No ☒	
23. NOMBRE DEL INF: Bernardino Rubio Antonio		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Hijo		25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Médico de guardia ☐	
26. DOMICILIO Y TELÉFONO: 26.1 Tipo de vivienda: 26.2 Número de la vivienda: 26.3 Código Postal: 26.4 Localidad: 26.5 Municipio o Alcaldía: 26.6 Entidad Federativa: 26.7 Tipo de asentamiento humano:		27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE: 27.1 Nombre: 27.2 Apellido: 27.3 Tipo de asentamiento humano:		28. FIRMA: 28.1 Fecha de certificación: 28.2 Hora: 28.3 Lugar: 28.4 Situación: 28.5 Circunstancias: 28.6 Motivos:	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO: 31.1 Acta Núm.: 701		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: 32.2 Municipio o Alcaldía: 32.3 Entidad Federativa: 32.4 Día: 32.5 Mes: 32.6 Año:		33. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 33.1 Día: 33.2 Mes: 33.3 Año:	

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