



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

FOLIO
210830309

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)		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
José Leonardo Rivera Meza		18/01/1982		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	San Luis Potosí	
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		
RIMLB010118HSPVZB00		No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL		
Para menores de un día: Minutos: Horas: Días: Para menores de un mes: Para menores de un año: Para personas de un año o más: 038 Años cumplidos		En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Calle Lago Zumpango Fraccionamiento Constitución 305 San Luis Potosí San Luis Potosí S.L.P.		
11. ESCOLARIDAD		12. OCUPACIÓN HABITUAL		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		
Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		Comerciante		Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		
Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital de General de Soledad		15.1 Tipo de vialidad: 15.2 Nombre de la vialidad: 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:		31/10/2020 08:01		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		
a) Neumonía por SARS-CoV-2		14 días		El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>		
b) Insuficiencia Renal Crónica Agudizada IV		15 días		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		
c) Linfoma NO Hodgking		3 años		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		
d) Diabetes Mellitus		años		22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)		
Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		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		22.8 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		
22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad		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		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR		
María de la Luz Rivera Perez		Hermana		Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Directiva		
27. NOMBRE		28. FIRMA		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
Enke Alicia Dominguez Yereue		[Firma]		3207093		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		29.1 Tipo de vialidad: 29.2 Nombre de la vialidad: 29.3 Núm. Exterior: 29.4 Núm. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: 29.6 Nombre del asentamiento humano: 29.7 Código Postal: 29.8 Localidad: 29.9 Municipio o Alcaldía: 29.10 Entidad federativa: 29.11 Teléfono:		
Protonopacón Valentín Aguado 112 Coloma Coenovevo Rivas Guillen 78436 Soledad Graciana S S L P		31/10/2020				
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		31.1 Acta Núm. 31.2 Libro Núm. 32.1 Localidad: 32.2 Municipio o Alcaldía: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día: 32.5 Mes: 32.6 Año:		

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