



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

210830416

210830416 210830416 210830416 210830416 210830416 210830416

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Dolores Alejandro Espinosa		Martinez	
Nombre(s) Primer Apellido		Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
04 07 1988		Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9		San Luis Potosi	
Día Mes Año				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
E1M0880704HSPSRLO		Se ignora <input type="checkbox"/> 99 Si <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2 → Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un año	
Para menores de un día		Para menores de un mes		Para menores de un año	
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad	
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Avenida 18 Colonia		de la Juventud Filomeno Mata	
10.3 Núm. Exterior 79500		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		Villa de Reyes	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. Ocupación Habitual	
Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input checked="" type="checkbox"/> 8		Primaria <input type="checkbox"/> 3 Posgrado <input type="checkbox"/> 10		Segundo Popular <input type="checkbox"/> 7 Completa <input checked="" type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2	
IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4		SEDENA <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 6		IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10 Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4		Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 SEMAR <input type="checkbox"/> 7		Hospital General de Soledad	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.6 Nombre del asentamiento humano	
15.3 Núm. Exterior 78436		Colonia		Valentín Amador Rivas Guillen	
15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		Soledad de G.S. San Luis Potosi	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
10 11 2020 00 36		Día Mes Año Horas Minutos		Si <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar PARTES I y II)		Modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Chocque septico		Usa exclusivo del personal codificador Código CIE	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Neumonia covid - 19		22 días	
c)		d)		32 días	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Obedad			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5		Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Área industrial <input type="checkbox"/> 6 (taller, fábrica u oficina)	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5	
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		Granja <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
22.7 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	
22.7.7 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)			
María Guadalupe Hernández		Espinosa		Prima	
Nombre(s) Primer Apellido		Segundo Apellido			
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4		Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5		5184917 Número de la cédula profesional	
Otro médico* <input type="checkbox"/> 3		Otro* <input type="checkbox"/> 8		*Especifique	
27. NOMBRE		28. FIRMA			
Edgardo Alejandro González		Cáibajal			
Nombre(s) Primer Apellido		Segundo Apellido			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
Piedras Negras, Coahuila, México		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad	
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	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		29.12 Número de la cédula profesional	
EG L				05 11 2020	

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

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

210830416