



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

FOLIO
210830549

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) Julio Hernández Jara Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 23/11/1963 Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))	
5. CIEP 4EJJ63112345PRL112 Se ignora ☐ SI ☐ No ☒ Se ignora ☐	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI ☐ No ☒ Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐ Otra ☐ Especificar: _____	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: _____ Para menores de un día: _____ Para menores de un mes: _____ Para menores de un año: _____ Para personas de un año o más: 56 años cumplidos Se ignora ☐	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☒ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorcedo(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Ande se encuentra permanentemente donde vivió el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: Calle Privada 10.2 Nombre de la vivienda: Las Palmas 10.3 Núm. Exterior: 137 10.4 Núm. Interior: _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 10.7 Código Postal: 64000 10.8 Localidad: Saldaña GS 10.9 Municipio o Alcaldía: _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Tercera ☐ Superior ☐ Se ignora ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☐	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Vagante ☒ Se ignora ☐ 12.1 Tratamiento: SI ☐ No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐ 13.1 Número de afiliación social o afiliación: _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ FEMEX ☐ SEMAR ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: HGS 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Av. Valentin Amador 15.2 Nombre de la vivienda: Rivas Guillen 15.3 Núm. Exterior: 1112 15.4 Núm. Interior: _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 15.7 Código Postal: 64000 15.8 Localidad: Saldaña GS 15.9 Municipio o Alcaldía: _____ 16. Entidad federativa: SLP	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 09/11/2020 11:25 Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ☒ NO ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? SI ☐ NO ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Ante una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco-; en su lugar, señale la causa médica) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Choque séptico + Peritonitis b) Membrano por Covid c) Insuficiencia renal Aguda d) Obstrucción Melado PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no directamente con la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte: 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 300.0 20.1 Intervista apremiada entre el INEGI de la enfermedad y la causa: 300.0 20.2 Código CIE: 22.0	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 ¿Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 4.1 Entre 1 y 11 meses (para el parto o puerperio) ☐ 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: Asesinato ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI ☐ NO ☒ Se ignora ☐ 22.3 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.4 ¿Anote la relación que tiene el presunto agresor con el(los) fallecido(s) (seleccione): Área industrial (taller, fábrica u otra) ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Grupo (juncho o particular) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7 Anote el presunto tipo de muerte: 22.7.1 Tipo de violencia: 22.7.2 Nombre de la violencia: 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 Belinda Hernández Rodríguez Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija	
25. CERTIFICADOR POR Médico legista ☐ Médico general ☐ Otro médico ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especificar: _____	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 4137770 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Diana Claudia Márquez Ruiz Primer Apellido Segundo Apellido	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO 28.1 Tipo de vivienda: Av. Valentin Amador 28.2 Nombre de la vivienda: 1112 28.3 Núm. Exterior: 1112 28.4 Núm. Interior: _____ 28.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 28.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 28.7 Código Postal: 64000 28.8 Localidad: Saldaña GS 28.9 Municipio o Alcaldía: _____ 28.10 Entidad federativa: SLP	
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN 09/11/2020 Día Mes Año	
30. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN LA OFICIALIA O AJUZGADO Libro Núm. _____	
31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad: _____	

210830549