



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

FOLIO  
210831577

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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Sonia</u> Nombre(s)		<u>Rosita</u> Primer Apellido		<u>Martinez</u> Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>10/3/10/1992</u> Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>R10MS19211007MSPICDNI01</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique	
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: Años cumplidos <u>28</u>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input 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 checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>650A</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Centro</u> 10.3 Núm. Exterior <u>1784211</u> 10.4 Núm. Interior <u>Casa habitación</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>784211</u> 10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: 12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Hogar</u> 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Salud</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>112</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Hospital General de Salud</u> 15.3 Núm. Exterior <u>178435</u> 15.4 Núm. Interior <u>112</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>78435</u> 15.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>17/11/2020</u> Día Mes Año <u>05:34</u> Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Choque séptico</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía comunitaria</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Puerperio tardío</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Puerperio tardío</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>7843300</u>		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input checked="" type="radio"/> 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"/>		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? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
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 Añote 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 <u>J. Jesús</u> Nombre(s) <u>Rosita</u> Primer Apellido <u>Martinez</u> Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>110</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>7543300</u>		27. NOMBRE <u>José Francisco</u> Nombre(s) <u>Rosita</u> Primer Apellido <u>Martinez</u> Segundo Apellido		28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Avenida</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Hospital General de Salud</u> 29.3 Núm. Exterior <u>178435</u> 29.4 Núm. Interior <u>112</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>78435</u> 29.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>17/11/2020</u> Día Mes Año		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					

210831577

