



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

210832946

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Felicitas Nombre(s) Martinez Primer Apellido Hernandez Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 01/03/1940	3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Sexo ☐ 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) Chihuahua
5. CURP MAHF400301MAHGRR203 Se ignora ☐ 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐ 99
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ 2 Especifique	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: Meses Años cumplidos 080 Para menores de un año o más: Años cumplidos 080 Se ignora ☐ 99
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 4 Separado(a) ☐ 6 Viude(a) ☒ 2 Casado(a) ☐ 5 Divorcedo(a) ☐ 3 Soltero(a) ☐ 1 Se ignora ☐ 99	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 10.1 Tipo de vivienda: Colonia 10.2 Nombre de la vivienda: Emiliano Zapata 10.3 Núm. Exterior: 200 10.4 Núm. Interior: 200 10.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí 10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 10.7 Código Postal: 20000 10.8 Localidad: Pamazunchale 10.9 Municipio o Alcaldía: Pamazunchale 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Preescolar ☐ 12 Primaria ☒ 3 Secundaria ☐ 5 Bachillerato ☐ 7 Profesional ☐ 8 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 99 Completa ☐ 1 Incompleta ☒ 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 99 12.2 Ocupación: Nmd de Cusa
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☐ 7 Otra ☐ 8 MSS ☐ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS PROSPERA ☐ 10 Se ignora ☐ 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 IMSS PROSPERA ☒ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Unidad médica privada ☐ 9 14.1 Nombre de la unidad médica: HR 41 Zacatipan 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): San Martín Tem	14.3 Tipo de vivienda: San Martín Tem 14.4 Nombre de la vivienda: 200 14.5 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Núm. Exterior: SIN 15.2 Núm. Interior: 200 15.3 Tipo de asentamiento humano: 200 15.4 Código Postal: 20000 15.5 Localidad: Pamazunchale 15.6 Municipio o Alcaldía: Pamazunchale 15.7 Entidad federativa: San Luis Potosí	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos 2012/2/20/20/08/50
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 99	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 2
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) Neumonia adquirida en la comunidad Debido a (o como consecuencia de) b) Suspechosa de Covid Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) PARTE II Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado patológico que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 13 13	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después de parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5 21.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☐ 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☐ 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 99 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 99 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ 1 Área deportiva ☐ 3 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Granja (rancho o parcela) ☐ 5 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicio ☐ 5 Se ignora ☐ 99 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Granja (rancho o parcela) ☐ 5 Otro ☐ 99 Se ignora ☐ 99 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias 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 vivienda: 22.7.2 Nombre de la vivienda: 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 Nombre(s) Epigmenio Primer Apellido Hernandez Segundo Apellido Martinez 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) hijo	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☒ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 8 Especifique: 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 6311546	
27. NOMBRE Nombre(s) Adelaida Primer Apellido Grande Segundo Apellido Perelle 28. FIRMA Adelaida Grande Perelle	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: 29.2 Nombre de la vivienda: 29.3 Núm. Exterior: SIN 29.4 Núm. Interior: 200 29.5 Tipo de asentamiento humano: 29.6 Nombre del asentamiento humano: 29.7 Código Postal: 20000 29.8 Localidad: San Luis Potosí 29.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 29.10 Entidad federativa: 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año 2012/2/20/20	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm. Acta Núm. 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: 32.2 Municipio o Alcaldía: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día Mes Año:	

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