



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

210832994

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) VERONICA PEREZ HERNANDEZ	
2. FECHA DE NACIMIENTO 27 04 1963	3. SEXO ☒ Femenino ☐ Masculino
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSI	
5. CURP PEHV630429MSPRR03	
6. HABLABA ALGUN LENGUA INDIGENA? ☐ Si ☒ No	
7. NACIONALIDAD ☒ Mexicana ☐ Extranjera	
8. EDADES Para menores de 20 días antes: 59 años cumplidos Para mayores de 20 días antes: 59 años cumplidos	
9. ESTADO CONYUNAL ☐ Separado ☐ Viudo ☒ Casado ☐ En unión libre ☐ Divorciado ☐ Soltero	
10. RESIDENCIA HABITUAL Año de su domicilio permanente donde vivió el fallecido (a): 219 10.1 Tipo de vivienda: URBANO 10.2 Nombre de la vivienda: XILITLA 10.3 Núm. Exterior: 39900 10.4 Núm. Interior: XILITLA 10.5 Tipo de asentamiento humano: XILITLA 10.6 Número del asentamiento humano: SAN LUIS POTOSI 10.7 Código Postal: XILITLA 10.8 Localidad: XILITLA 10.9 Municipio o Alcaldía: SAN LUIS POTOSI 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero):	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Incompleta ☐ Completa ☐ No sabe	
12. OCUPACIÓN HABITUAL HOGAR 12.1 Trabajador ☐ Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	
13. AFIILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD ☒ IMSS ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ RISS PROSPERA ☐ Otro ☐ Se ignora ☐	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Nombre de la unidad médica: LA CADENA 219 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES): XILITLA 14.3 Tipo de vivienda: URBANO 14.4 Nombre de la vivienda: XILITLA 14.5 Núm. Exterior: 39900 14.6 Núm. Interior: XILITLA 14.7 Tipo de asentamiento humano: XILITLA 14.8 Número del asentamiento humano: SAN LUIS POTOSI 14.9 Código Postal: XILITLA 14.10 Localidad: XILITLA 14.11 Municipio o Alcaldía: SAN LUIS POTOSI 14.12 Entidad federativa:	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: URBANO 15.2 Nombre de la vivienda: XILITLA 15.3 Núm. Exterior: 39900 15.4 Núm. Interior: XILITLA 15.5 Tipo de asentamiento humano: XILITLA 15.6 Número del asentamiento humano: SAN LUIS POTOSI 15.7 Código Postal: XILITLA 15.8 Localidad: XILITLA 15.9 Municipio o Alcaldía: SAN LUIS POTOSI 15.10 Entidad federativa:	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 02 02 2021 06:00	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☒ Si ☐ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? ☐ Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Puede señalar más de una - agotamiento, parto complicado, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Debido a (o como consecuencia de): b) CASO SOSPECHOSO DE COVID-19 Debido a (o como consecuencia de): c) HIPERTENSION ARTERIAL MAL CONTROLADA Debido a (o como consecuencia de): d) DIABETES MELLITUS TIPO 2 MAL CONTROLADA PARTE II Otras afecciones 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: 3 HR 8 DIAS 4 AÑOS 20 AÑOS	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 15 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ Si ☐ No ☐ Se ignora ☐	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ Si ☐ No ☐ 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 tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): Área industrial (taller, fábrica u otro) ☐ Área deprecativa ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Calle o camino (vía pública) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐	
22.5 Describa brevemente la situación, circunstancias y motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.6 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7 Tipo de vivienda: 22.8 Nombre de la vivienda: 22.9 Núm. Exterior: 39900 22.10 Núm. Interior: XILITLA 22.11 Tipo de asentamiento humano: XILITLA 22.12 Número del asentamiento humano: SAN LUIS POTOSI 22.13 Código Postal: XILITLA 22.14 Localidad: XILITLA 22.15 Municipio o Alcaldía: SAN LUIS POTOSI 22.16 Entidad federativa:	
23. NOMBRE EDUARDO DIAZ PEREZ 23.1 Tipo de vivienda: URBANO 23.2 Nombre de la vivienda: SIN 23.3 Núm. Exterior: 39900 23.4 Núm. Interior: XILITLA 23.5 Tipo de asentamiento humano: XILITLA 23.6 Número del asentamiento humano: SAN LUIS POTOSI 23.7 Código Postal: XILITLA 23.8 Localidad: XILITLA 23.9 Municipio o Alcaldía: SAN LUIS POTOSI 23.10 Entidad federativa:	
24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(A) HISO	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ *Especifique: 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 6032121 Número de la cédula profesional: 27. NOMBRE ADRIANA LOPEZ HERRERA 27.1 Tipo de vivienda: URBANO 27.2 Nombre de la vivienda: SIN 27.3 Núm. Exterior: 39900 27.4 Núm. Interior: XILITLA 27.5 Tipo de asentamiento humano: XILITLA 27.6 Número del asentamiento humano: SAN LUIS POTOSI 27.7 Código Postal: XILITLA 27.8 Localidad: XILITLA 27.9 Municipio o Alcaldía: SAN LUIS POTOSI 27.10 Entidad federativa:	
28. FECHA DE CERTIFICACIÓN 02 02 2021	
29. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 29.1 Localidad: 29.2 Municipio o Alcaldía: 29.3 Entidad federativa: 29.4 Día: Mes: Año:	
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO 30.1 Acta Num.:	

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