



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

FOLIO
210833120

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

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Catarina Hernandez Hernandez		2. FECHA DE NACIMIENTO 15/03/1956		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP HEHC1560315MSPRRTO1		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Sí ☐ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ No ☐ Se ignora ☐		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: Horas: Para menores de un día: Horas: Minutos: Para menores de un mes: Días: Para menores de un año: Meses: Años: 64 Se ignora ☐	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Vido(a) ☐ Casado(a) ☒ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Año: el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) avenida Cuauhtémoc 10.1 Tipo de vivienda: s/n 10.2 Nombre de la vivienda: Localidad: Santiago Centro 10.3 Num. Exterior: 79960 10.4 Num. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: Tamazunchale 10.6 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 10.7 Código Postal: 10.8 Localidad: 10.9 Municipio o Alcaldía: 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero):		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ Incompleta ☐ 12. OCUPACIÓN HABITUAL Agricultor ☐ Artesano ☐ Comerciante ☐ Obrero ☐ Profesional ☐ Se ignora ☐ 12.1 Trabajaba: Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación:			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		14. SITIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital Comunitaria Tamazunchale IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Tipo de establecimiento de salud: Hospital ☒ 14.2 Clase Única de Establecimientos de Salud (CUES): SPSSA0001703		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: A San Martín 15.2 Nombre de la vivienda: La Pitahaya 15.3 Num. Exterior: 79960 15.4 Num. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: Tamazunchale 15.6 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: 15.9 Municipio o Alcaldía: 15.10 Entidad federativa:		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 16.1 Día: 16.2 Mes: 16.3 Año: 16.4 Hora: 16.5 Minutos: 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Insuficiencia Respiratoria Debido a (o como consecuencia de): Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa conjeturada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica: b) Neumonía Adquirida en la comunidad Debido a (o como consecuencia de): c) Caso sospechoso de COVID-19 Debido a (o como consecuencia de): PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: Diabetes mellitus tipo II		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 3 días 10 días 10 días 10 años		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 ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐ 21.3 ¿Las causas anotadas son complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular ☐ Asa deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Anexo comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): Agrupación industrial (taller, fábrica u otra) ☐ Obrero ☐ Obrero (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐		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 Anote 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 Num. Exterior: 22.7.4 Num. 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 Cesar Hernandez Hernandez		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo		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: 9394464 Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE Veronica Edali Muñoz Garrido		28. FIRMA		29. DOMICILIO Y TELÉFONO carretera A San Martín 29.1 Tipo de vivienda: km 6.5 29.2 Num. Exterior: 29.3 Num. Interior: 29.4 Num. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: La Pitahaya 29.6 Nombre del asentamiento humano: 29.7 Código Postal: 79960 29.8 Localidad: Tamazunchale 29.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 29.10 Entidad federativa: 29.11 Teléfono:			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 16/03/2021		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. Libro Num. 31.1 Acta Num.:		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: 32.2 Municipio o Alcaldía: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día: 32.5 Mes: 32.6 Año:			

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