



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

210833122

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN
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 CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Martha Elena</u>		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO 22-01-1973		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐	
5. CURP H335730122M51NN104		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: Horas: Para menores de un día: Para menores de un mes: Para menores de un año: Para personas de un año o más: Años cumplidos: <u>04</u>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Vuelto(a) ☐ Casado(a) ☒ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): <u>Calle Loma dorada</u>		10.1 Tipo de vivienda		10.2 Nombre de la vivienda	
10.3 Núm. Exterior: <u>7661610</u>		10.4 Núm. Interior: <u>Taman</u>		10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tamazunchale</u>	
10.7 Código Postal: <u>7661610</u>		10.8 Localidad: <u>Tamazunchale</u>		10.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Incompleta ☐ Completa ☐ Se ignora ☐		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajador ☐ No ☒ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación		13.2 Tipo de afiliación: <u>Seguro Popular</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ Otra ☐ Se ignora ☐		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle <u>Loma dorada</u>		15.1 Tipo de vivienda		15.2 Nombre de la vivienda	
15.3 Núm. Exterior: <u>7661610</u>		15.4 Núm. Interior: <u>Taman</u>		15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tamazunchale</u>	
15.7 Código Postal: <u>7661610</u>		15.8 Localidad: <u>Tamazunchale</u>		15.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 12-01-2021 10:17		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 a) <u>Insuficiencia respiratoria</u> b) <u>Neumonía por SARS-CoV-2</u> c) <u>Diabetes mellitus tipo 2</u> d) <u>Obesidad</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <u>5 horas</u>		Código CIE: <u>J96</u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u>U07.1</u>		21.1 ¿FUE LA DEFUNCIÓN CORRESPONDIENTE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS? Sí ☐ No ☒		21.2 ¿Las causas anotadas corresponden al embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒	
22.1 ¿FUE LA MUERTE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		22.3 ¿En qué lugar ocurrió la lesión? Vivienda particular ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Área deportiva ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐	
22.4 Anote la lesión que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)		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 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: <u>7661610</u>		22.7.4 Núm. Interior: <u>Taman</u>		22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tamazunchale</u>	
22.7.7 Código Postal: <u>7661610</u>		22.7.8 Localidad: <u>Tamazunchale</u>		22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u>	
22.7.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>		25. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <u>12064074</u>	
25. CERTIFICADA POR: Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Se ignora ☐		26. NOMBRE: <u>Raul</u>		27. FIRMA: <u>[Firma]</u>	
27. DOMICILIO Y TELÉFONO: Calle <u>Tamazunchale</u>		28. NOMBRE: <u>San Luis Potosí</u>		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN 12-01-2021	
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. <u>7661610</u>		31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 31.1 Localidad: <u>Tamazunchale</u>		31.2 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u>	
31.3 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		31.4 Día: <u>12</u>		31.5 Mes: <u>01</u>	
31.6 Año: <u>2021</u>		31.7 Hora: <u>10:17</u>		31.8 Minutos: <u>17</u>	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD