



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

210833194

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 CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Margarita García Torres		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Hidalgo	
2. FECHA DE NACIMIENTO 07/10/1950		5. CURP GATMS01007MHGRRR00		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
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: 70		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): 10.1 Tipo de vivienda: Domicilio conocido 10.2 Nombre de la vivienda: Vega Larga 10.3 Núm. Exterior: 79991 10.4 Núm. Interior: Vega Larga 10.5 Tipo de asentamiento humano: Tamazunchale 10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 10.7 Código Postal: 79991 10.8 Localidad: Tamazunchale 10.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero):		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Bachillerato preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ Incompleta ☒ 12. OCUPACIÓN HABITUAL Amp de casa 12.1 Trabajador: Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 13.1 Número de seguridad social (afiliación):		12. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐ Se ignora ☐	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: 14.2 Círculo (Unidad de Establecimientos de Salud) (CLUES):		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Casero a San Martín 15.2 Nombre de la vivienda: La pitahaya 15.3 Núm. Exterior: km 6.5 15.4 Núm. Interior: Tamazunchale 15.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí 15.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 15.7 Código Postal: 79991 15.8 Localidad: Tamazunchale 15.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 15.10 Entidad federativa:		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 21/01/2021 11:50	
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 (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de): Hacia Hacia b) Caso Sospechoso Covid-19 Debido a (o como consecuencia de): Hacia Hacia c) Evento Vascular Cerebral Debido a (o como consecuencia de): 8 años 8 años d) Hipertensión Arterial Sistémica Debido a (o como consecuencia de): 8 años 8 años PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo: 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 ☐ 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒ 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒ 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 8 años 8 años	
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 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): Área industrial (fábrica u obra) ☐ Taller ☐ Granja (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, 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: 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 Aaron Flores Marquez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Esposo	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ *Especifique: 27. NOMBRE Maria Alejandra Sanchez Solis Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: Casero a San Martín 29.2 Nombre de la vivienda: 79987 29.3 Núm. Exterior: Achiquico 29.4 Núm. Interior: San Luis Potosí 29.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí 29.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 29.7 Código Postal: 79987 29.8 Localidad: San Luis Potosí 29.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 29.10 Entidad federativa:		26. Si el certificante es médico: 09075257 Número de la cédula profesional: 28. FIRMA [Firma] 29.11 Teléfono: 481559028 29.12 Día: 21 Mes: 01 Año: 2021		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm. 31.1 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		33. ENTIDAD FEDERATIVA	

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