



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

210833269

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) <u>Leovigilda</u> <u>Martinez</u> <u>Munoz</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO <u>23</u> <u>10</u> <u>91</u> <u>7</u> <u>6</u> <u>4</u>		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Hidalgo</u>
5. CURP <u>MAIM6410928MH6AXV07</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐ Otra ☐ Especifique _____	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: _____ Minutos: _____ Para menores de un día: _____ Horas: _____ Para menores de un mes: _____ Días: _____ Para menores de un año: _____ Meses: _____ Para personas de un año o más: <u>0</u> <u>5</u> <u>6</u> Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ Separado(a) ☐ Vido(a) ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle</u> <u>Cuautlamar</u> <u>Santa Ana de Alendé</u> <u>Hidalgo</u>	
10.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		10.2 Semanas de gestación: _____		10.3 Peso (gramos): _____	
10.3 Núm. Exterior: _____		10.4 Núm. Interior: _____		10.5 Tipo de asentamiento humano: _____	
10.6 Localidad: _____		10.7 Código Postal: _____		10.8 Municipio o Alcaldía: _____	
10.9 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): _____		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>ama de casa</u> Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS PROSPERA ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad médica ☐ Unidad médica privada ☐	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>311</u> <u>San Martín Tem 2</u> <u>2acatlipan</u> <u>San Luis Potosí</u>		15.1 Tipo de vivienda: _____		15.2 Nombre de la vivienda: _____	
15.3 Núm. Exterior: _____		15.4 Núm. Interior: _____		15.5 Tipo de asentamiento humano: _____	
15.6 Localidad: _____		15.7 Código Postal: _____		15.8 Municipio o Alcaldía: _____	
15.9 Entidad federativa: _____		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>3</u> <u>10</u> <u>21</u> <u>0</u> <u>3</u> <u>0</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRATICÓ 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.) a) <u>Neumonía por SARS-COV-2</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____ g) _____ h) _____ i) _____ j) _____ k) _____ l) _____ m) _____ n) _____ o) _____ p) _____ q) _____ r) _____ s) _____ t) _____ u) _____ v) _____ w) _____ x) _____ y) _____ z) _____ otras _____		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <u>15 días</u> Código CIE _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		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 complicaron el 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 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐ 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): _____		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 <u>Fernando</u> <u>Herminio</u> <u>Lorenzo</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Esposo</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>6311546</u>	
27. NOMBRE <u>Adelaida</u> <u>Carro</u> <u>Peralte</u>		28. FIRMA <u>Adelaida</u> <u>Carro</u> <u>Peralte</u>		29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>2acatlipan</u> <u>San Martín Tem 2</u> <u>San Luis Potosí</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>3</u> <u>10</u> <u>21</u>		31. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		32. FECHA DE REGISTRO Núm. _____ Libro Núm. _____	

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