



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

FOLIO
210835393

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) Nombre(s): <u>Maximo</u> Primer Apellido: <u>Rojas</u> Segundo Apellido: <u>Lucio</u>					
2. FECHA DE NACIMIENTO Día: <u>08</u> Mes: <u>06</u> Año: <u>1952</u>	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>			
5. CURP <u>RULM520608HSP2CX04</u>		6. (HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?) Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐ Se ignora ☐		
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: <u>0</u> Para menores de un día: Horas: <u>0</u> Para menores de un mes: Días: <u>0</u> Para menores de un año: Meses: <u>0</u> Para personas de un año o más: Años: <u>69</u>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐			
10. RESIDENCIA HABITUAL 10.1 Tipo de vivienda: <u>Privada</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Escontría y Justo Sierra</u> 10.3 Num. Exterior: <u>79050</u> 10.4 Num. Interior: <u>0</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Colonia</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Nelly</u> 10.7 Código Postal: <u>79050</u> 10.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u> 10.10 Entidad Federativa: <u>San Luis Potosí</u>		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad alcanzada es: Completa ☒ Incompleta ☐ 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajista: Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐ 12.2 Ocupación: <u>Chofer</u>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>4106780286 4419520R</u>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital General de Zona #06 IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General de Zona #06</u> 14.2 Clase Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>19 de Enero</u>			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Boulevard</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Fraccionamiento</u> 15.3 Num. Exterior: <u>79050</u> 15.4 Num. Interior: <u>0</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 15.7 Código Postal: <u>79050</u> 15.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u> 15.10 Entidad Federativa: <u>San Luis Potosí</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: <u>05</u> Mes: <u>01</u> Año: <u>2021</u> Horas: <u>11</u> Minutos: <u>00</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Entre señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) <u>Paro respiratorio</u> Debido a (o como consecuencia de): b) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de): c) <u>Suspecha de Sars Cov 2</u> Debido a (o como consecuencia de): d) <u>Diabetes mellitus no insulino dependiente</u> <u>Hipertensión esencial (primaria)</u> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <u>20 min</u> <u>3 días</u> <u>3 días</u> <u>30 años</u> <u>20 años</u> Código CIE: <u>210835393</u>					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 18 A 44 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 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 ☒ 21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con (ella) fallecida (relación): <u>Esposa</u>					
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 (ella) fallecida (relación): <u>Esposa</u>					
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>914</u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>Fraccionamiento</u>					
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: <u>Privada</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u>Fraccionamiento</u> 22.7.3 Num. Exterior: <u>79050</u> 22.7.4 Num. Interior: <u>0</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 22.7.7 Código Postal: <u>79050</u> 22.7.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u> 22.7.10 Entidad Federativa: <u>San Luis Potosí</u>					
23. NOMBRE Nombre(s): <u>Sara</u> Primer Apellido: <u>Rojas</u> Segundo Apellido: <u>Sánchez</u> 24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(A): <u>Esposa</u>					
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Médico de guardia ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <u>9905443</u>					
27. NOMBRE Nombre(s): <u>Cecilia Alejandra</u> Primer Apellido: <u>Gómez</u> Segundo Apellido: <u>Vargas</u> 28. FIRMA: <u>[Firma]</u>					
28. DOMICILIO Y TELÉFONO 28.1 Tipo de vivienda: <u>Boulevard</u> 28.2 Nombre de la vivienda: <u>Mexico Laredo</u> 28.3 Num. Exterior: <u>914</u> 28.4 Num. Interior: <u>0</u> 28.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Fraccionamiento</u> 28.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Fraccionamiento</u> 28.7 Código Postal: <u>79050</u> 28.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 28.9 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u> 28.10 Entidad Federativa: <u>San Luis Potosí</u>					
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: <u>05</u> Mes: <u>01</u> Año: <u>2021</u>					
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO 30.1 Acta Num: <u>210835393</u> 30.2 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 30.3 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u> 30.4 Entidad Federativa: <u>San Luis Potosí</u>					
31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 31.2 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u> 31.3 Entidad Federativa: <u>San Luis Potosí</u> 31.4 Día: <u>05</u> Mes: <u>01</u> Año: <u>2021</u>					

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