



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

210835612

ENI REGUE 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) Hector Guerra Vega		
2. FECHA DE NACIMIENTO 05/01/1939	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Sexo ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Nuevo Leon
5. CURP GUVH390105HNLRLCOO	6. ¿PARLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? No ☒ Si ☐ Si ☐ Si ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐ Si ☐
8. EDAD COMPLETA Para personas de una hora: ☐ Para personas de un día: ☐ Para personas de un mes: ☐ Para personas de un año: ☐ Para personas de un año o más: 082	9. ESTADO CONYUGAL Separado ☐ Viudo ☐ Casado ☒ En unión libre ☐ Divorciado ☐ Soltero ☐ Si ☐	10. RESIDENCIA HABITUAL Antes al momento de fallecer donde vivía el fallecido (a) Calle Rotatorio Colonia Rotarios
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Superior ☐ Bachillerato ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Si ☐ Si ☐	12. OCUPACIÓN HABITUAL Agricultor	13. AFINACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otro ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ ISS PROSPERA ☐
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Localidad médica o privada ☐ 1.2 Clave única de identificación de Salud: 4162391108-54F37PE	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 914 Boulevard Traccionamiento 19 de Enero	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 19/01/2021 10:44
17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Puede una sola causa en cada renglón. Si va a registrar más de una, registre cada una en un renglón aparte.) a) Insuficiencia respiratoria aguda b) COVID-19 c) Diabetes Mellitus		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒
19. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 34 AÑOS 21.1 ¿Esperó a la muerte durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 21.2 ¿Las causas anteriores a la muerte fueron: a) Lesión a la vida ☐ b) Lesión a la vida ☐ c) Lesión a la vida ☐		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CE: h010
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 ¿Fue un presunto: Asesinato ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Si ☐ Si ☐ 22.2 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.3 ¿Ante el servicio de salud, ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.4 ¿Ante la lesión que tiene el presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.5 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 ¿Describe brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7 ¿Tipo de violencia: 22.8 ¿Número de la violencia: 22.9 ¿Tipo de violencia: 22.10 ¿Tipo de violencia:		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 ¿Fue un presunto: Asesinato ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Si ☐ Si ☐ 23.2 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 23.3 ¿Ante el servicio de salud, ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 23.4 ¿Ante la lesión que tiene el presunto accidente, homicidio o suicidio: 23.5 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 23.6 ¿Describe brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 23.7 ¿Tipo de violencia: 23.8 ¿Número de la violencia: 23.9 ¿Tipo de violencia: 23.10 ¿Tipo de violencia:
24. NOMBRE Hector Guerra Vega		25. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) Hijo
26. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad del ☐ Otro ☐ Especialista ☐		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 7005975
28. NOMBRE Alejandra Elizabeth Salazar Marcelino		29. FIRMA
30. DOMICILIO Y TELÉFONO Boulevard Traccionamiento 19 de Enero 914		31. FECHA DE CERTIFICACIÓN 19 de Enero 2021
32. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN LA OFICINA DE JUZGADO Municipio: Cuadral Vallés Estado: San Luis Potosí		33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Municipio: Cuadral Vallés Estado: San Luis Potosí

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