



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
210835622

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSERIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSERIÓN DE LOS PARTICULARES

210835622

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Maria Beatriz Guerra Vela		2. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Nuevo Leon	
		3. FECHA DE NACIMIENTO 27/11/1935		5. CURP GUVB3511027HNLRLT09		6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	
DE LA DEFUNCIÓN		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: 0 años 6 meses 5 días		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☒ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Antes de la defunción: Calle Rotarios, Colonia Rotarios, Ciudad Valles, San Luis Potosí	
		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Superior ☐ Bachillerato ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL Comerciante		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Boulevard Fraccionamiento, Ciudad Valles, San Luis Potosí		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 17/01/2021 15:30	
		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de muerte: asfixia, etc.)	
DEL CERTIFICANTE		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 3 días		21. CAUSAS ANOTADAS a) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de): b) Suspecha de Coronavirus SARS-CoV-2 Debido a (o como consecuencia de): c) Diabetes mellitus insulino dependiente Debido a (o como consecuencia de): d) Hipertensión arterial sistémica Debido a (o como consecuencia de):		22. CAUSAS ANOTADAS e) 10 años Debido a (o como consecuencia de): f) 10 años Debido a (o como consecuencia de):	
		23. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 23.1 ¿Esperó a la muerte durante: Etiológico ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 23.2 ¿La defunción fue accidental o violenta, especifique: Asesinato ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐		24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) Sobrina		25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico agente ☐ Otro médico ☒ Médico de Guardia ☐ Pericla autorizado por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐	
DEL REG. CIVIL		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 7782886		27. NOMBRE Iskander Al. Torres Redondo		28. DOMICILIO Y TELÉFONO Boulevard, Mexico Laredo, 7914, Fraccionamiento, Ciudad Valles, San Luis Potosí	
		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN 17/01/2021		30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad: Ciudad Valles 30.2 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles 30.3 Fecha: 17/01/2021		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO 31.1 Acta Num.: 7782886 31.2 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles 31.3 Fecha: 17/01/2021	

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