



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

210835717

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) Bibiano Rubio Herrera Número(s) Primer Apellido Segundo Apellido		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
2. FECHA DE NACIMIENTO 26/06/1950 Día Mes Año		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	
5. CURP RUBBS00626HSPBRB07 Se ignora ☐		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐		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: Años cumplidos: 070 Se ignora ☐	
9. ESTADO CONYUGAL Separado/a ☐ Viudo/a ☐ Casado/a ☒ En unión libre ☐ Divorciado/a ☐ Sobreviviente ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Antes el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): 10.1 Tipo de vivienda: Calle 10.2 Nombre de la vivienda: Gerrera 10.3 Num. Exterior: 51 10.4 Num. Interior: Colonia 10.5 Tipo de asentamiento humano: Zona Centro 10.6 Nombre del asentamiento humano: Ciudad Valles 10.7 Código Postal: 790000 10.8 Localidad: Ciudad Valles 10.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): San Luis Potosí	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Bachillerato ☒ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad alcanzada es: Completa ☒ Incompleta ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL Empleado 12.1 Trabajaba: Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora ☐		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud: IMSS ☒ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Zona #06 14.2 Causa Única de Establecimientos de Salud (CUESS): México Laredo 14.3 Tipo de establecimiento: Fraccionamiento 14.4 Nombre del establecimiento humano: 914 14.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles 14.6 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles 14.7 Entidad federativa: San Luis Potosí	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Boulevard 15.2 Nombre de la vivienda: Fraccionamiento 15.3 Num. Exterior: 914 15.4 Num. Interior: 790000 15.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles 15.6 Localidad: Ciudad Valles 15.7 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles 15.8 Entidad federativa: San Luis Potosí		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 25/01/2021 Día Mes Año Horas Minutos	
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 (Anote 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): b) Covid-19 Debido a (o como consecuencia de): c) Debido a (o como consecuencia de): d) Debido a (o como consecuencia de): PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo: 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 19 días Código CIE: 19 días		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 ☐	
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 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐		23. Si el certificado es médico: 7005475 Número de la cédula profesional 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Esposa	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ 26. NOMBRE: Alejandro Elizabeth Salazar Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 27. DOMICILIO Y TELÉFONO: 27.1 Tipo de vivienda: Boulevard 27.2 Nombre de la vivienda: México Laredo 27.3 Num. Exterior: 914 27.4 Num. Interior: 790000 27.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles 27.6 Localidad: Ciudad Valles 27.7 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 27.8 Entidad federativa: San Luis Potosí		28. FIRMA: Marcelino 29. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 25/01/2021 Día Mes Año	
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Num. Libro Num. 31.1 Acta Num.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: Ciudad Valles 32.2 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles 32.3 Entidad federativa: San Luis Potosí 32.4 Día Mes Año	

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