



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

210835919

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Ma. Vicenta Martinez		2. FECHA DE NACIMIENTO 27 09 1958		3. SEXO ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ Se ignora	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí
5. CURP HANVS80927MSRRRC03		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? ☒ No ☐ Sí ☐ Se ignora		7. NACIONALIDAD ☒ Mexicana ☐ Extranjera ☐ Se ignora	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: Para menores de un día: Para menores de un mes: Para menores de un año: Para menores de un año y más: Para menores de 28 días antes: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		10.62 Años cumplidos	
15. RESIDENCIA HABITUAL Antes al domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): Calle Durango y nayarit 522 Colonia San Rafael 10.1 Tipo de vivienda: 10.2 Nombre de la vivienda: 10.3 Núm. Exterior: 79060 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles 10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 10.7 Código Postal: 10.8 Localidad: 10.9 Municipio o Alcaldía: 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero):		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercaria ☐ Superior ☐ Incompleta ☐ Completa ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL labores del hogar 12.1 Trabaja: ☐ Sí ☐ No ☐ Se ignora	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación: 41805304326F1958PE		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Zona #6 14.2 Crea Unión de Establecimientos de Salud (CLUES):		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Boulevard Fraccionamiento 15.2 Nombre de la vivienda: Mexico Laredo 15.3 Núm. Exterior: 914 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles 15.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: 15.9 Municipio o Alcaldía: 15.10 Entidad federativa:	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 1 9 0 2 2 0 2 1 1 3 2 5 Día Mes Año Horas Minutos		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 (Ante 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 (i) como consecuencia de: b) Neumonía viral, no especificada Debido a (ii) como consecuencia de: c) COVID-19 Debido a (i) como consecuencia de: d) Insuficiencia renal aguda Hiperkalemia Secundaria PARTE II Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado patológico que la produjo: e) Insuficiencia renal aguda Hiperkalemia Secundaria		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 7 días 9 días 9 días 9 días 15 años		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 ☐ 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 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a):		23. NOMBRE Cesareo Vergara Lara Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ *Especifique: 3756681		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 3756681		27. NOMBRE Thelma Ruth Ramirez Cortés Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO 19 de Enero 79000 Ciudad Valles 28.1 Tipo de vivienda: 28.2 Nombre de la vivienda: 28.3 Núm. Exterior: 28.4 Núm. Interior: 28.5 Tipo de asentamiento humano:		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN 1 9 0 2 2 0 2 1 Día Mes Año		30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad: 30.2 Municipio o Alcaldía: 30.3 Entidad federativa: 30.4 Día: Mes: Año:	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. Libro Núm. 31.1 Acta Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: 32.2 Municipio o Alcaldía: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día: Mes: Año:		33. ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD	

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