



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO  
210836994

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 LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

|   |  |
|---|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)<br><b>Horberto Villegas Diaz</b>   |  |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO<br><b>07/06/1944</b>   | 3. SEXO<br><input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora |
| 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br><b>Morelia de Abia Santa Maria del Rio</b>  |  |
| 5. CURP<br><b>VJDM440607HSP12R00</b>  |  |
| 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?<br><input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora   |  |
| 7. NACIONALIDAD<br><input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora   |  |
| 8. EDAD CUMPLIDA<br><b>076</b> Años cumplidos   |  |
| 9. ESTADO CONYUGAL<br><input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora  |  |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL<br>Anoto el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)<br><b>Calle Primo Filiceno Velazquez 1672 Colonia Guadalupe San Luis Potosí</b>   |  |
| 11. ESCOLARIDAD<br><input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input checked="" type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora         |  |
| 12. OCUPACIÓN HABITUAL<br><b>Comerciante</b>  |  |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br><input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora |  |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br><b>Hospital General de Salud</b>  |  |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br><b>Calle Valentin Amador 1112 Colonia Rival Guillen Soledad de Graciano Sanchez San Luis Potosí</b>   |  |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br><b>12/01/2021 0858</b>  |  |
| 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br><input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora  |  |
| 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?<br><input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO   |  |

DE LA DEFUNCIÓN

|   |  |
|---|--|
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoto una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)   |  |
| PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente<br>a) <b>Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda 2 días</b><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>b) <b>Neumonía COVID</b><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>c) <b></b><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>d) <b></b><br>Debido a (o como consecuencia de) |  |
| PARTE II<br>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo<br><b>Hipertensión Arterial Sistólica</b>  |  |
| 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br>Código CIE<br><b>Q98</b>   |  |

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

|  |  |
|--|--|
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br><input type="radio"/> El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte  |  |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE<br>22.1 Fue un presunto<br><input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora  |  |
| 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br><input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora   |  |
| 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión<br><input type="radio"/> Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora |  |
| 22.4 Anoto la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)<br><input type="radio"/> Conocido <input type="radio"/> No conocido <input type="radio"/> Se ignora   |  |
| 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:<br><b>1112</b>   |  |
| 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio<br><b></b>   |  |
| 22.7 Anoto el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio<br>22.7.1 Tipo de vialidad<br>22.7.2 Nombre de la vialidad<br>22.7.3 Núm. Exterior<br>22.7.4 Núm. Interior<br>22.7.5 Tipo de asentamiento humano<br>22.7.6 Nombre del asentamiento humano<br>22.7.7 Código Postal<br>22.7.8 Localidad<br>22.7.9 Municipio o Alcaldía<br>22.7.10 Entidad federativa  |  |

DEL INF.

|   |   |
|---|---|
| 23. NOMBRE<br><b>María Rosa Villegas Flores</b> | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)<br><b>Hija</b> |
|---|---|

DEL CERTIFICANTE

|   |  |
|---|--|
| 25. CERTIFICANTE POR<br><input type="radio"/> Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique |  |
| 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br><b>386229</b>   |  |
| 27. NOMBRE<br><b>Esteban Lopez Espinosa</b>   |  |
| 28. FIRMA<br><b>[Firma]</b>   |  |
| 29. DOMICILIO Y TELÉFONO<br><b>Calle Valentin Amador 1112 Colonia Rival Guillen Soledad de Graciano Sanchez San Luis Potosí</b>   |  |
| 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br><b>12/01/2021</b>   |  |

DEL REG. CIVIL

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO<br>Núm. <b></b> , Libro Núm. <b></b> |  | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO<br>32.1 Localidad <b></b><br>32.2 Municipio o Alcaldía <b></b><br>32.3 Entidad federativa <b></b><br>32.4 Día <b></b> Mes <b></b> Año <b></b> |  |
|--|--|---|--|

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