



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN  
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1  
FOLIO  
210837171  
210837171

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

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Rosalinda Salazar Ramirez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	2. FECHA DE NACIMIENTO <u>31/05/1975</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
	5. CURP <u>SIARIR750531MSPCLMS08</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <input type="text"/> Minutos Para menores de un día: <input type="text"/> Horas Para menores de un mes: <input type="text"/> Días Para menores de un año: <input type="text"/> Meses Para personas de un año o más: <u>45</u> Años cumplidos
	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>365</u> 10.3 Núm. Exterior <u>78384</u> 10.4 Núm. Interior <u>78384</u> 10.7 Código Postal <u>San Luis Potosí</u> 10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Hogar</u> 12.1 Trabajaba: Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>112</u> 15.3 Núm. Exterior <u>78435</u> 15.4 Núm. Interior <u>78435</u> 15.7 Código Postal <u>Valentin Amador</u> 15.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>15/01/2021</u> 16.1 Día <u>15</u> 16.2 Mes <u>01</u> 16.3 Año <u>2021</u> 16.4 Horas <u>14</u> 16.5 Minutos <u>10</u>
DE LA DEFUNCIÓN	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Síndrome insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía COVID 19</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u></u> 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 moribundo que la produjo	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>diez</u> <u>diez</u>
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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 <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u></u>
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u></u>	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u></u>	22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad <u></u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u></u> 22.7.3 Núm. Exterior <u></u> 22.7.4 Núm. Interior <u></u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u></u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u></u> 22.7.7 Código Postal <u></u> 22.7.8 Localidad <u></u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u></u> 22.7.10 Entidad federativa <u></u>	
DEL CERTIFICANTE	23. NOMBRE <u>Lorena Alvarado Salazar</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique <u>adscrito</u>	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>7543300</u> Número de la cédula profesional
	27. NOMBRE <u>Luis Francisco Pineda Valle</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	28. FIRMA <u></u>	29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Avenida</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Valentin Amador</u> <u>112</u> 29.3 Núm. Exterior <u>78435</u> 29.4 Núm. Interior <u></u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u></u> <u>Hospital General Salud</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u></u> 29.8 Localidad <u></u> <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u></u> 29.10 Entidad federativa <u></u> 29.11 Teléfono <u></u>	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>15/01/2021</u> Día Mes Año
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u></u> Libro Núm. <u></u> 31.1 Acta Núm. <u></u>	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u></u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u></u> 32.3 Entidad federativa <u></u> 32.4 Día <u></u> Mes <u></u> Año <u></u>		

210837171

