



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

Modelo 2017.1
FOLIO
210837425
210837425

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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Maria Magdalena Romero Hernández</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>22/07/1951</u>	
3. SEXO <input type="radio"/> Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>RAHM510722MSPMRG01</u>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
7. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora	
8. EDAD CUMPLIDA <u>69</u> años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora	
10. RESIDENCIA HABITUAL <u>Calle Constitución</u>	
10.3 Núm. Exterior <u>S/N</u> 10.4 Núm. Interior <u>S/N</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>La Montegulla</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>	
10.7 Código Postal <u>78435</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 <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>Hogar</u> 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Hospital General Soledad</u> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Soledad</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>112</u> 14.3 Tipo de vialidad <u>Colonias</u> 14.4 Nombre de la vialidad <u>Rivas Guillén</u> 14.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad</u> 14.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>112</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>Colonias</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Rivas Guillén</u> 15.3 Núm. Exterior <u>78435</u> 15.4 Núm. Interior <u>78435</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>14/01/2021</u> 16.1 Día <u>14</u> 16.2 Mes <u>01</u> 16.3 Año <u>2021</u> 16.4 Horas <u>15</u> 16.5 Minutos <u>50</u> 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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 Grave 3 días</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía Probable COVID 19</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Hipertensión Arterial Sistémica</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Años</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>78435</u>	
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"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto <input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión <input type="radio"/> Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <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 <input type="radio"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>78435</u>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>78435</u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>78435</u>	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>78435</u> 22.7.1 Tipo de vialidad <u>78435</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>78435</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>78435</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>78435</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>78435</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>78435</u> 22.7.7 Código Postal <u>78435</u> 22.7.8 Localidad <u>78435</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>78435</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>78435</u>	
23. NOMBRE <u>Maria Apolinar Cruz Romero</u> 23.1 Nombre(s) <u>Cruz</u> 23.2 Primer Apellido <u>Romero</u> 23.3 Segundo Apellido <u>Romero</u> 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>6880359</u>	
25. CERTIFICADA POR <input type="radio"/> Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input checked="" 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"/> 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>6880359</u> 26.1 Nombre del profesional <u>6880359</u> 26.2 Número de la cédula profesional <u>6880359</u>	
27. NOMBRE <u>Morales Lucía Sandoval Gallegos</u> 27.1 Nombre(s) <u>Sandoval</u> 27.2 Primer Apellido <u>Gallegos</u> 27.3 Segundo Apellido <u>Gallegos</u> 28. FIRMA <u>6880359</u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>Prolongación Valentín Amador</u> 29.1 Tipo de vialidad <u>112</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Colonias</u> 29.3 Núm. Exterior <u>78435</u> 29.4 Núm. Interior <u>78435</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>78435</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>78435</u> 29.7 Código Postal <u>78435</u> 29.8 Localidad <u>78435</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>78435</u> 29.10 Entidad federativa <u>78435</u> 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>14/01/2021</u> 30.1 Día <u>14</u> 30.2 Mes <u>01</u> 30.3 Año <u>2021</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <u>78435</u> 31.1 Acta Núm. <u>78435</u> 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u>78435</u> 32.1 Localidad <u>78435</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>78435</u> 32.3 Entidad federativa <u>78435</u> 32.4 Día <u>78435</u> 32.5 Mes <u>78435</u> 32.6 Año <u>78435</u>	

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