



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Maria de Jesus Robledo		Juache	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE-NACIMIENTO Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP R0JJ S30205MSPBCS01		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 →	
				Se ignora <input type="radio"/> 9	
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	
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle		Bernardo Regis	
11130		Colonia		Julian Carrillo	
10.3 Núm. Exterior 781340		10.4 Núm. Interior		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 residía en el extranjero)					
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" 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		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar. <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input 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		13.1 Número de seguridad social o afiliación			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica pública Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8		14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de Salcedo		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1112		15.1 Tipo de vialidad Av. Colonia		15.2 Nombre del asentamiento humano Valentin Arellano Rivas Guillen.	
15.3 Núm. Exterior 78436		15.4 Núm. Interior		15.6 Nombre del asentamiento humano Colonia Graciano Sanchez 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 2001 2021 0305		16.1 TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
Día Mes Año Horas Minutos					
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) (hogar sptiro) Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 1 díz	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda severa Debido a (o como consecuencia de)		2 díz	
{ c) Neumonitis COVID 19 Debido a (o como consecuencia de)		d) Hipertension Arterial Sistémica		91 díz	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo				10 díz	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
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 estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input 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 <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)					
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad	
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía	
22.7.10 Entidad federativa					
23. NOMBRE Nombre(s) Maria de la Carmen Robledo		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Juache hija			
Primer Apellido		Segundo Apellido			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico * <input 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		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO S972827		Número de la cédula profesional	
*Especifique					
27. NOMBRE Nombre(s) Alejandro Gomez		28. FIRMA			
Primer Apellido		Segundo Apellido			
29. DOMICILIO y TELÉFONO Av. Colonia Rivas Guillen		29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior		29.8 Localidad	
29.6 Nombre del asentamiento humano Colonia Graciano Sanchez San Luis Potosí		29.7 Código Postal 29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono	
29.9 Municipio o Alcaldía		29.11 Entidad federativa		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 2001 2021	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad		32.3 Entidad federativa	
31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o Alcaldía		32.4 Día Mes Año	