



41-64-32-1192-7
5MI932 PE

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
210839467

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN DE 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

C-3
SERIA
25
MED
INT

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Alfonso Chavez Toro		2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 30/01/1931		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federal o país (si nació en el extranjero) San Luis Potosí
5. CURP 3001019311		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐	
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: 88		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐			
10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): Calle		10.1 Tipo de vivienda Calle		10.2 Nombre de la vivienda Chavez	
10.3 Núm. Exterior: 79050		10.4 Núm. Interior: Ciudad Valles		10.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles	
10.6 Núm. del asentamiento humano San Luis Potosí		10.7 Código Postal 79050		10.8 Localidad Ciudad Valles	
10.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí		10.10 Entidad federal o país (si reside en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ 12 Primaria ☒ Secundaria ☐ 5 Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ 8 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☒ Incompleta ☐ 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL Profesionado	
12.1 Trabajaba Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 9		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☐ 7 Otra ☐ 8 IMSS ☒ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS PROSPERA ☐ 10 Se ignora ☐ 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación 4164321192 5MI932PE	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 Unidad médica pública ☐ 8 Otra unidad médica privada ☐ 9		14.1 Nombre de la unidad médica Hospital general zona 6		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda 414		15.2 Nombre de la vivienda Financiamiento		15.3 Núm. Exterior: 79050	
15.4 Núm. Interior: Ciudad Valles		15.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles		15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
15.7 Código Postal 79050		15.8 Localidad Ciudad Valles		15.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí	
15.10 Entidad federal o país		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos 24/02/2021 10:56		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 9	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		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 COVID-19		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 11 días	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		a) Debido a (o como consecuencia de)		Código CIE V07.1	
b) Debido a (o como consecuencia de)		c) Debido a (o como consecuencia de)			
d) 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 morbo que la produjo Hipertensión esencial (primaria) Diabetes mellitus 2		15 años I10.X 12 años I10.9	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5		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 ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 0 Área deportiva ☐ 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicio ☐ 5 Se ignora ☐ 9	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) 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 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vivienda		22.7.2 Nombre de la vivienda	
22.7.3 Núm. Exterior: 79050		22.7.4 Núm. Interior: Ciudad Valles		22.7.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles	
22.7.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí		22.7.7 Código Postal 79050		22.7.8 Localidad Ciudad Valles	
22.7.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí		22.7.10 Entidad federal o país			
23. NOMBRE Nombre(s) Ramiro Primer Apellido Chavez Segundo Apellido Ortiz Rosu		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico* ☐ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil* ☐ 5 Otro* ☐ 6 *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE Nombre(s) Trinidad Luján Primer Apellido Pérez Segundo Apellido Castas		28. FIRMA [Firma]			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda 14 de Enero		29.2 Nombre de la vivienda Financiamiento		29.3 Núm. Exterior: 79050	
29.4 Núm. Interior: Ciudad Valles		29.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles		29.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
29.7 Código Postal 79050		29.8 Localidad Ciudad Valles		29.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí	
29.10 Entidad federal o país		29.11 Teléfono			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad	
31.1 Acta Núm.		32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federal o país	
32.4 Día Mes Año		32.5		32.6	



210839467

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN