



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

FOLIO
210839573

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 EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

210839573

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Domingo</u> <u>Martinez</u> <u>Moctezuma</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
	2. FECHA DE NACIMIENTO <u>04</u> <u>03</u> <u>1961</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
	5. CURP <u>MAM0610304MSPRCM02</u> Se ignora ☐	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐
	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐ Otra ☐ → Especifique	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>60</u> Años cumplidos Para menores de un día: <u>60</u> Minutos Para menores de un mes: <u>60</u> Horas Para menores de un año: <u>60</u> Días Para personas de un año o más: <u>60</u> Años cumplidos	
	9. ESTADO CONYUGAL Separado ☐ Viudo ☐ Casado ☒ En unión libre ☐ Divorciado ☐ Soltero ☐ Se ignora ☐	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>5/a</u> <u>Calle</u> <u>Heroe de Nacozari</u> <u>Colonia</u> <u>Estacion</u> 10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda	
	10.3 Num. Exterior <u>79030</u> 10.4 Num. Interior <u>79030</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano	
	10.7 Código Postal <u>79030</u> 10.8 Localidad <u>Ciudad Valles</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	
DE LA DEFUNCIÓN	11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐	
	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☒ Incompleta ☐	
	12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Hogar</u> 12.1 Trabajaba: Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐	
	13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>4174570709 GF1961PF</u>	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS H62 No-6 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clase Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>914</u> <u>Boulevard</u> <u>Mexico-Laredo</u> <u>Amaciencia</u> <u>19 de Enero</u> 15.1 Tipo de vivienda 15.2 Nombre de la vivienda	
	15.3 Num. Exterior <u>79000</u> 15.4 Num. Interior <u>79000</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano	
	15.7 Código Postal <u>79000</u> 15.8 Localidad <u>Ciudad Valles</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa	
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>29</u> <u>03</u> <u>2021</u> <u>20</u> <u>40</u> Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: perdí cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. a) <u>Choque Séptico</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Insuficiencia Renal Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Síndrome de insuficiencia respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Covid-19</u> PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado mortuor que la produjo.	
	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <u>1 hora</u> <u>3 días</u> <u>8 días</u> <u>14 días</u>	
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u> </u>	
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 19 A 54 AÑOS 21.1 ¿Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones típicas 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 ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 ¿Situación donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) 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, circunstancias o hechos 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: <u>Boulevard</u> <u>Mexico-Laredo</u> 22.7.1 Tipo de vivienda 22.7.2 Nombre de la vivienda	
	22.7.3 Num. Exterior <u>79000</u> 22.7.4 Num. Interior <u>79000</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
	22.7.7 Código Postal <u>79000</u> 22.7.8 Localidad <u>Ciudad Valles</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 22.7.10 Entidad federativa	
	DEL INF.	23. NOMBRE <u>Carlos</u> <u>Rodriguez</u> <u>Gonzalez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Esposo</u>		
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ <u>Medico de Guardia</u> Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: <u>1140138</u> Número de la cédula profesional		
DEL CERTIFICANTE	27. NOMBRE <u>Roberto</u> <u>Joachin</u> <u>Camacho</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
	28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
	29. DOMICILIO Y TELÉFONO: <u>19 de Enero</u> <u>79000</u> <u>Ciudad Valles</u> <u>San Luis Potosí</u> 29.1 Tipo de vivienda 29.2 Nombre de la vivienda 29.3 Num. Exterior 29.4 Num. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono	
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>29</u> <u>03</u> <u>2021</u> Día Mes Año	
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Num. <u> </u> Libro Num. <u> </u> 31.1 Acta Num.	
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: <u> </u> <u> </u> <u> </u> 32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año	

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