



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

FOLIO
210839587

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 EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES



210839587

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>HA. DE LOS ANGELES DUELO MARTINEZ</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>10/4/11/1972</u>	3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>SAN LUIS POTOSI</u>	
5. CURP <u>_____</u>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 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: <u>048</u> Años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <u>CALLE FRANCISCA LUNA DOMESTICA</u>	
10.3 Núm. Exterior <u>_____</u> 10.4 Núm. Interior <u>_____</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>SAN LUIS POTOSI</u>	
10.7 Código Postal <u>_____</u> 10.8 Localidad <u>_____</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>_____</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>_____</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ Incompleta ☐ 12.1 Trabajaba Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora ☐	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ Hogar ☐ Se ignora ☐	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>_____</u> 15.2 Tipo de vivienda <u>_____</u> 15.3 Núm. Exterior <u>_____</u> 15.4 Núm. Interior <u>_____</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>_____</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>_____</u> 15.7 Código Postal <u>_____</u> 15.8 Localidad <u>_____</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>_____</u> 15.10 Entidad federativa <u>_____</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>12</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u> Horas <u>10</u> Minutos <u>30</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente <u>INTOXICACION POR ORGANOFOSFORADOS</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>_____</u> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica <u>_____</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>_____</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>_____</u> PARTE II Otros estados patológicos, significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>_____</u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>_____</u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto <u>_____</u> Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☒ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <u>_____</u> Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <u>_____</u> Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>_____</u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o hechos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>SUPUESTO INTOXICACION POR ORGANOFOSFORADOS</u>	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>CALLE FRANCISCA LUNA DOMESTICA</u>	
22.7.1 Tipo de vivienda <u>_____</u> 22.7.2 Tipo de vivienda <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>	
23. NOMBRE <u>FERNANDO DUELO RUBIO</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>ESPOSO</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☒ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ *Especifique <u>_____</u>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>6951905</u>	
27. NOMBRE <u>FERNANDO DUELO RUBIO</u>	
28. FIRMA <u>_____</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Las Cañadas</u>	
29.1 Tipo de vivienda <u>_____</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>_____</u> 29.3 Núm. Exterior <u>_____</u> 29.4 Núm. Interior <u>_____</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>_____</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>_____</u> 29.7 Código Postal <u>_____</u> 29.8 Localidad <u>_____</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>_____</u> 29.10 Entidad federativa <u>_____</u> 29.11 Teléfono <u>_____</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>25</u> Mes <u>03</u> Año <u>2021</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <u>_____</u> Libro 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>	

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