



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

210841077

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

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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

210841077

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <i>Santos</i> <i>Martinez</i> <i>Reyes</i>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <i>San Luis Potosí</i>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <i>12/04/1954</i>		3. SEXO ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ Se ignora	
5. CURP <i>MARS5409034SPR41N09</i>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? ☒ No ☐ Sí ☐ Se ignora	
8. EDAD CUMPLIDA <i>66</i>		7. NACIONALIDAD ☒ Mexicana ☐ Otra ☐ Se ignora	
9. ESTADO CONYUGAL ☒ Casado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Soltero ☐ Se ignora		10. RESIDENCIA HABITUAL <i>Calle</i> <i>Avila Camacho</i>	
11. ESCOLARIDAD ☒ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Se ignora		12. OCUPACIÓN HABITUAL <i>Trabajador</i>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <i>Hospital</i> <i>San Luis Potosí</i>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <i>San Luis Potosí</i>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <i>12/02/2021 08:20</i>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☒ Sí ☐ No ☐ Se ignora		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? ☒ No ☐ Sí	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN <i>Covid-19</i>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
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 ☐ No ☐ Se ignora		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: ☒ Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora	
23. NOMBRE <i>Juan</i> <i>Martinez</i> <i>Ramos</i>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <i>Hijo</i>	
25. CERTIFICADA POR: ☒ Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <i>4137373</i>	
27. NOMBRE <i>Wences Humberto Bruni</i> <i>Bravo</i>		28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <i>San Luis Potosí</i>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <i>12/02/2021</i>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO <i>San Luis Potosí</i>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	