



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

210841097

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

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) JUAN MARTINEZ MARTINEZ	
2. FECHA DE NACIMIENTO 2 4 0 6 1 9 2 0	
3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO PUEBLA	
5. CURP M A M J 2 0 0 6 2 4 H P L R R N 0 2	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Sí ☐ Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐ 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: 1 0 0	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☒ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Antes al domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): CALLE JAIME NUNO S/N 10.1 Tipo de vivienda COLONIA 10.2 Nombre de la vivienda 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 7 9 9 7 0 MATLAPA MATLAPA SAN LUIS POTOSÍ 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☒ 11.1 La escolaridad seleccionada es: 12. OCUPACIÓN HABITUAL NO OCUPADOS 10 2 Se ignora ☐ 12.1 Trabajado ☐ No ☒ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS PROSPERA ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación MARM600512/5 MARM600518/50	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ IMSS PROSPERA ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Se ignora ☐ Tamazunchale 14.1 Nombre de la unidad médica S P I S T O 0 0 1 4 2 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN SN 15.1 Tipo de vivienda BOULEVARD 15.2 Nombre de la vivienda 7 9 9 6 0 TAMAZUNCHALE TAMAZUNCHALE SAN LUIS POTOSÍ 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 2 5 0 2 2 0 2 1 2 3 0 0 Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar motivos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) NEUMONIA VIRAL / COVID-19 Debido a (o como consecuencia de) b) SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 9 DIAS 9 DIAS 10 AÑOS Código CIE	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 40 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 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 ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Vivienda colectiva (terrá, colono, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Granja (ranchito o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): CLINICA HOSPITAL TAMAZUNCHALE	
22.5 La defunción fue registrada en el Minutario 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 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 DEL CERTIFICANTE FAUSTA MARTINEZ RIVERA 23.1 Nombre 23.2 Primer Apellido 23.3 Segundo Apellido 23.4 PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) HIJOTA 0 2	
24. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 4469118 Número de la cédula profesional 25. FIRMA PUEBLO	
26. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ *Especifique: 27. NOMBRE CLAUDIA HERNANDEZ GARCIA 28. DOMICILIO y TELÉFONO BOULEVARD BOULEVARD ISSSTE 28.1 Tipo de vivienda 28.2 Nombre de la vivienda 28.3 Núm. Exterior 28.4 Núm. Interior 28.5 Tipo de asentamiento humano 28.6 Nombre del asentamiento humano TAMAZUNCHALE TAMAZUNCHALE SAN LUIS POTOSÍ 28.7 Código Postal 28.8 Localidad 28.9 Municipio o Alcaldía 28.10 Entidad federativa	
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN 4 8 3 3 6 2 1 1 9 9 Día Mes Año 30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. Libro Núm. 31.1 Acta Núm. 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día 32.5 Mes 32.6 Año	

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