



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

México 2017

FOLIO

210841137

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



210841137

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Dario</u> Primer Apellido <u>Mancilla</u> Segundo Apellido <u>Solaro</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>19</u> Mes <u>12</u> Año <u>1926</u>	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Hidalgo</u>	
5. CURP <u>MASD261219HHGNLK00</u> Se ignora ☐	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: _____ Horas: _____ Para menores de un día: _____ Para menores de un mes: _____ Para menores de un año: _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>094</u> Se ignora ☐	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda _____ 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 _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad <u>San Pedro Xochitl</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>Piso Flores</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>Hidalgo</u>	
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>Comerciante</u> Se ignora ☐ 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 ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ Otra unidad médica ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica <u>HR 44 Zacatipan</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 14.3 Tipo de vivienda _____ 14.4 Nombre de la vivienda _____ 14.5 Tipo de asentamiento humano _____ 14.6 Nombre del asentamiento humano _____ 14.7 Código Postal _____ 14.8 Localidad <u>Zacatipan</u> 14.9 Municipio o Alcaldía <u>Tamazunchale</u> 14.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda _____ 15.2 Nombre de la vivienda _____ 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad <u>Zacatipan</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Tamazunchale</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>23</u> Mes <u>02</u> Año <u>2021</u> Horas <u>12</u> Minutos <u>20</u>	
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 (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) <u>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> 19.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>30 min</u> b) <u>Neumonía Adquirida en la Comunidad</u> 19.2 <u>20 días</u> c) <u>Probable SARS - COV2</u> 19.3 <u>20 días</u> d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo _____	
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 ☐ 43 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 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 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial ☐ Se ignora ☐ 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) 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 Añote 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 _____	
DEL INF.	
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Cirilo</u> Primer Apellido <u>Mancilla</u> Segundo Apellido <u>Hernandez</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>	
DEL CERTIFICANTE	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique <u>Guarda</u>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>10332883</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Marco Polo</u> Primer Apellido <u>Sanhugo</u> Segundo Apellido <u>López</u>	
28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad <u>Zacatipan</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>Tamazunchale</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono _____	
DEL REG. CIVIL	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>23</u> Mes <u>02</u> Año <u>2021</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA 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 _____ Mes _____ Año _____	