



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
210841300
210841300 210841300 210841300 210841300 210841300

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) JOSE GUADALUPE GUERRERO		Primer Apellido		ARAUJO	
		Nombre(s)		Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO 11 11 1982		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSI.		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
Día Mes Año							
5. CURP GUAG821111HSPRQD09		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> →		Se ignora <input type="radio"/>	
		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1		38 Años cumplidos	
		Para menores de un día Horas		8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):		Para personas de un año o más Meses	
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:							
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 34 CALLE BARRIO		10.5 Tipo de asentamiento humano SAN RAFAEL		10.1 Tipo de vialidad ORTIZ VERA		10.2 Nombre de la vialidad SAN RAFAEL	
10.3 Núm. Exterior 79960		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía TAMAZUNCHACE		10.6 Nombre del asentamiento humano SAN LUIS POTOSI	
10.7 Código Postal						10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL POLICIA MUNICIPAL		Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input checked="" type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN SIN ESIOU ZACATIPAN.		15.1 Tipo de vialidad CALE		15.2 Nombre de la vialidad SEUSACEN ZACATIPAN		15.6 Nombre del asentamiento humano (CUDETA)	
15.3 Núm. Exterior 179960		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.9 Municipio o Alcaldía TAMAZUNCHACE	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad				15.10 Entidad federativa SAN LUIS POTOSI	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 27 02 2021. 10 45		16.1 Dia 27		16.2 Mes 02		16.3 Año 2021	
		16.4 Horas 10		16.5 Minutos 45		16.6	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		17.1 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión antes de la muerte?		17.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		17.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
		Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2							
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) TRANSTISMO CRNEOFENACICO SEVERO Debido a (o como consecuencia de)		b) HERIDA PRODUCIDA POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO Debido a (o como consecuencia de)		c) COVID - 19 Debido a (o como consecuencia de)	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica							
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo							
		DIABETIS MELLITUS				6 SEMANAS SAJOS	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
		Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Accidente <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: CDI/FGE/XI/508 00234/21		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio MASCULINO 38 AÑOS SIN VIDA EN EL ANDADOR DE CUDETA CON DISPARO ÚNICO Y HERIDA POR ARMA DE FUEGO EN CABEZA.					
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio SIN.		22.7.1 Tipo de vialidad CALE		22.7.2 Nombre de la vialidad SEUSACEN		22.7.6 Nombre del asentamiento humano ZACATIPAN (CUDETA)	
22.7.3 Núm. Exterior 179960		22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano ZACATIPAN.		22.7.10 Entidad federativa SAN LUIS POTOSI	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía TAMAZUNCHACE			
23. NOMBRE NEFINA.		Primer Apellido ESTANISLAO		Segundo Apellido SANTIAGO		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) ESPOSA.	
Nombre(s)							
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Médico legista <input checked="" type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 09075257	
						Número de la cédula profesional	
*Especifique							
27. NOMBRE MARIA ACEJANDRA SANCHEZ SOLIS		Primer Apellido		Segundo Apellido		28. FIRMA 	
Nombre(s)							
29. DOMICILIO Y TELÉFONO CALLE BANCO REAL ZACATIPAN 1799811		29.1 Tipo de vialidad ESIOU		29.2 Nombre de la vialidad XOCHIRUYEN		29.3 Núm. Exterior ESIOU	
29.6 Nombre del asentamiento humano ZACATIPAN.		29.7 Código Postal		29.8 Localidad TAMAZUNCHACE.		29.4 Núm. Interior SAN LUIS POTOSI.	
29.9 Municipio o Alcaldía TAMAZUNCHACE.		29.10 Entidad federativa SAN LUIS POTOSI.		29.11 Teléfono		29.5 Tipo de asentamiento humano	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. 01 , Libro Núm. 05		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Localidad Tamazunchale		Entidad federativa S.L.P.		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 20 03 2021	
31.1 Acta Núm. 203		32.2 Municipio o Alcaldía Tamazunchale		32.3 Entidad federativa S.L.P.		32.4 Dia 23	
						Mes 03	
						Año 2021	

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

210841300

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

