



* SI LA DEFUNCION NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MEDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARIA DE SALUD EN UN PERIODO MAXIMO DE 10 DIAS HABLES POSTERIORES A SU EXPEDICION

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Yareli Arzu		2. FECHA DE NACIMIENTO 25/12/2018		3. SEXO Mujer		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí		5. CURP SASL4181225HSPNNNA6		6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Mexicana		7. NACIONALIDAD Mexicana		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: 02 Para menores de un día: 02 Para menores de un mes: 02 Para menores de un año: 02 Para menores de un año o más: 02		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre		10. RESIDENCIA HABITUAL Calle 16		11. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vivienda Localidad		10.2 Nombre de la vivienda Calle 16		10.3 Núm. Exterior 16		10.4 Núm. Interior 16		10.5 Tipo de asentamiento humano Localidad		10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí		10.7 Código Postal 791019		10.8 Localidad San Luis Potosí		10.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí		10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) San Luis Potosí		11. ESCOLARIDAD 11.1 La escolaridad seleccionada es: Primaria 11.2 Ocupación habitual Ninguna		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba No		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 13.1 Número de seguridad social o afiliación 25159249303710106		14. SITIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCIÓN SEMAR 14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de Terce		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCIÓN Boulevard 15.1 Tipo de vivienda Localidad		15.2 Nombre de la vivienda Mexico Loteo		15.3 Núm. Exterior 919		15.4 Núm. Interior 919		15.5 Tipo de asentamiento humano Fraccionamiento		15.6 Nombre del asentamiento humano Fraccionamiento		15.7 Código Postal 791010		15.8 Localidad Ciudad Valles		15.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí		15.10 Entidad federativa San Luis Potosí		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Año: 2025, Mes: 02, Día: 12, Horas: 15, Minutos: 00		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? No		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfenia, etc.) Enfermedad que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de)		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo Causas antecedentes Estados morbosos, si existieran, que produjeron la causa consiguiente Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de)		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 43 días a 11 meses después del parto o aborto 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio? No 21.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio? No		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto homicidio o suicidio 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? No 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión 22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el(a) 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		23. NOMBRE Eduardo 23.1 Tipo de vivienda Localidad		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Padre		25. CERTIFICADA POR Nombre(s) Eduardo 25.1 Tipo de vivienda Localidad		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 335413		27. NOMBRE Rocio Celere 27.1 Tipo de vivienda Localidad		28. FIRMA Rocio Celere		29. DOMICILIO Y TELÉFONO Nombre(s) Rocio Celere 29.1 Tipo de vivienda Localidad		29.2 Nombre de la vivienda Mexico Loteo		29.3 Núm. Exterior 919		29.4 Núm. Interior 919		29.5 Tipo de asentamiento humano Localidad		29.6 Nombre del asentamiento humano Fraccionamiento		29.7 Código Postal 791010		29.8 Localidad Ciudad Valles		29.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí		29.10 Entidad federativa San Luis Potosí		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: 12, Mes: 02, Año: 2025		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 29.10 Entidad federativa San Luis Potosí		32.1 Localidad Ciudad Valles		32.2 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí		32.3 Entidad federativa San Luis Potosí		32.4 Día 12		32.5 Mes 02		32.6 Año 2025	
---	--	--------------------------------------	--	------------------	--	---	--	--------------------------------	--	--	--	-----------------------------	--	--	--	--------------------------------------	--	-------------------------------------	--	--	--	------------------------------------	--	--	--	--------------------------	--	--------------------------	--	---	--	--	--	------------------------------	--	-----------------------------------	--	--	--	---	--	---	--	--	--	---	--	---	--	---	--	--	--	---------------------------	--	---------------------------	--	---	--	--	--	------------------------------	--	---------------------------------	--	--	--	---	--	---	--	--	--	-----------------------------------	--	--	--	--	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	--	--	---------------------------	--	---	--	--	--	---------------------------	--	---------------------------	--	---	--	--	--	------------------------------	--	---------------------------------	--	--	--	---	--	---	--	--	--	--	--	---------------------------------	--	--	--	--	--	----------------	--	----------------	--	------------------	--

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

210845069



210845069