



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

FOLIO
210849506

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 DATOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE DATOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>María</u> Primer Apellido <u>Camacho</u> Segundo Apellido <u>Gómez</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>13</u> Mes <u>02</u> Año <u>1951</u>	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>CAGM510213HSPMMR09</u> Se ignora ☐	
6. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>70</u> Para menores de un día: Horas <u>70</u> Para menores de un mes: Días <u>70</u> Para menores de un año: Meses <u>70</u> Para menores de un año o más: Años cumplidos <u>70</u> Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Especificar: <u>Española</u>	
8. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
9. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía al fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: <u>Barrio</u> 10.2 Nombre de la ciudad: <u>Temascalcingo</u> 10.3 Num. Exterior: <u>Poxtla</u> 10.4 Num. Interior: <u>Poxtla</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Xilitla</u> 10.6 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal: <u>21084</u> 10.8 Localidad: <u>Xilitla</u> 10.9 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Prescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>Completa</u> 11.2 Trabajaba: SI ☐ No ☒ Se ignora ☐	
12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ IMSS PROSPERA ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐ 12.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>8195511011711414</u>	
13. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ Hospital <u>Benito Juárez Xilitla</u> 13.1 Nombre de la unidad médica: <u>Benito Juárez Xilitla</u> 13.2 Calle o nombre de la unidad médica: <u>Carretera Federal 120 San Juan del Río - Xilitla</u>	
14. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Tipo de vivienda: <u>San Antonio Xilitla</u> 14.2 Nombre de la vivienda: <u>San Luis Potosí</u> 14.3 Num. Exterior: <u>79900</u> 14.4 Num. Interior: <u>San Antonio Xilitla</u> 14.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Xilitla</u> 14.6 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 14.7 Código Postal: <u>21084</u> 14.8 Localidad: <u>Xilitla</u> 14.9 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
15. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>15</u> Mes <u>08</u> Año <u>2021</u> Horas <u>15</u> Minutos <u>25</u>	
16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) <u>Síndrome de Distress respiratorio Grave</u> b) <u>Neumonía típica por Covid-19</u> c) <u>Debido a (consecuencia de)</u> d) <u>Debido a (consecuencia de)</u> e) <u>Debido a (consecuencia de)</u> f) <u>Debido a (consecuencia de)</u> 16.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <u>2 días</u> 16.2 Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE <u>U01.9</u>	
17. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 17.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ No ☐ 17.2 ¿La causa anotada en el apartado 16.1 es consecuencia de: a) <u>Embarazo</u> b) <u>Parto</u> c) <u>Puerperio</u> d) <u>Se ignora</u> 17.3 ¿La causa anotada en el apartado 16.1 es consecuencia de: a) <u>Embarazo</u> b) <u>Parto</u> c) <u>Puerperio</u> d) <u>Se ignora</u>	
18. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTE 22.1 Fue un presunto: <u>Accidente</u> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>79900</u> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): <u>Se ignora</u> 22.5 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>79900</u> 22.6 Descripción brevemente la situación, circunstancias, hechos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>Se ignora</u>	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: <u>Barrio</u> 22.7.2 Nombre de la ciudad: <u>Temascalcingo</u> 22.7.3 Num. Exterior: <u>Poxtla</u> 22.7.4 Num. Interior: <u>Poxtla</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Xilitla</u> 22.7.6 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 22.7.7 Código Postal: <u>21084</u> 22.7.8 Localidad: <u>Xilitla</u> 22.7.9 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) <u>Olga Lidia</u> Primer Apellido <u>Camacho</u> Segundo Apellido <u>Medina</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ <u>Médico General</u> Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especificar: <u>Se ignora</u>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <u>09853082</u>	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) <u>Josefina</u> Primer Apellido <u>Marín</u> Segundo Apellido <u>Ramírez</u>	
28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Barrio</u> 29.2 Nombre de la ciudad: <u>Temascalcingo</u> 29.3 Num. Exterior: <u>Poxtla</u> 29.4 Num. Interior: <u>Poxtla</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Xilitla</u> 29.6 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal: <u>21084</u> 29.8 Localidad: <u>Xilitla</u> 29.9 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>15</u> Mes <u>08</u> Año <u>2021</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO <u>Se ignora</u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u>Se ignora</u>	