



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

FOLIO
212248045

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(DEL) FALLECIDO(A) Javier Antonio Agustín Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2 FECHA DE NACIMIENTO 08/05/1965 Día Mes Año	3 SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Señora ☐
4 ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5 CURP A0A0J650508HSPNGV04 Se ignora ☐	
6 (HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?) Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
7 NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ 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: 050 Años cumplidos	
9 ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10 RESIDENCIA HABITUAL Antes el domicilio permanente donde vivía (si falleció en el extranjero): calle 10.1 Tipo de vivienda: Barrio 10.2 Nombre de la vivienda: Abasolo 10.3 Num. Exterior: 79940 10.4 Num. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: Tampacán 10.6 Nombre del asentamiento humano: San Juan 10.7 Código Postal: 10.8 Localidad: Tampacán 10.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero):	
11 ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Bachillerato o profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☒ Incompleta ☐	
12 OCUPACIÓN HABITUAL Obrero ☒ Se ignora ☐ 12.1 Trabajaba: Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
13 AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ Se ignora ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación: 4181650059-1M19650R	
14 SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital General de zona #6 14.1 Nombre de la unidad médica: 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):	
15 DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 919 15.1 Tipo de vivienda: Fraccionamiento 15.2 Nombre de la vivienda: México Laredo 15.3 Num. Exterior: 799000 15.4 Num. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles 15.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: Ciudad Valles 15.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 15.10 Entidad federativa:	
16 FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 03/08/2021 15:44 Día Mes Año Horas Minutos	
17 ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
18 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
DE LA DEFUNCIÓN	
19 CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) Insuficiencia respiratoria aguda 5 días b) Síndrome inflamatorio multisistémico asociado a covid 5 días c) COVID-19 5 días 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: 5 días	
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 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 Si ocurrió en el desempeño de su trabajo, especifique: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Vivienda colectiva (caso, ornato, etc.) ☐ Área comercial o de servicio ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área industrial (taller, fábrica u otra) ☐ Granja (rancho o parcelas) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(ella) 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 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 Num. Exterior: 22.7.4 Num. 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:	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	
23 NOMBRE DEL INFANTE: Rosalinda Antonio Agustín Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24 PARENTESCO CON EL(ELLA) FALLECIDO(A): Hermana	
25 CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique: 16173821 Número de la cédula profesional	
26 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Firma: [Firma]	
27 NOMBRE DEL CERTIFICANTE: Rosalinda Antonio Agustín Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28 DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE: 28.1 Tipo de vivienda: Boulevard 28.2 Nombre de la vivienda: México Laredo 28.3 Num. Exterior: 799000 28.4 Num. Interior: 28.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles 28.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 28.7 Código Postal: 28.8 Localidad: Ciudad Valles 28.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 28.10 Entidad federativa:	
29 FECHA DE CERTIFICACIÓN: 03/08/2021 Día Mes Año	
DEL REG. CIVIL	
30 LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO: Num. Libro Num. 31.1 Acta Num. 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