



41745801211
6F1961PE

SECRETARÍA DE SALUD SINBA
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN 364

FOLIO
212248134

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN DE LOS DATOS PERSONALES ESTÉN 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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL(LE) LA FALLECIDO(A) <u>Mania Concepcion Torres</u>		3. SEXO ☐ Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Morichet</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>08/12/1961</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? ☐ Si ☒ No ☐ Se ignora ☐			
5. CURP <u>T10MCLG111120BIMTISIRIRIN019</u>		7. NACIONALIDAD <u>Mexicana</u> ☐ Se ignora ☐			
8. EDAD CUMPLIDA <u>05</u> años <u>19</u> meses <u>19</u> días		9. ESTADO CONYUGAL ☒ En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Se ignora ☐			
10. RESIDENCIA HABITUAL <u>El Navayio</u>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>San Luis Potosí</u>			
11. ESCOLARIDAD ☒ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Se ignora ☐		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ Se ignora ☐			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Secretaría de Salud</u>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Ciudad Villavieja</u>			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>10/08/2021 12:35</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☒ Si ☐ No ☐ Se ignora ☐			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <u>COVID-19</u>			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:			
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.1 Fue un presunto:			
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?			
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión:			
22.4 Anote 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 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio			
22.8 Anote el tipo de vialidad		22.9 Anote el nombre de la vialidad			
22.10 Anote el tipo de asentamiento humano		22.11 Anote el nombre del asentamiento humano			
22.12 Anote el código postal		22.13 Anote la localidad			
22.14 Anote el municipio o alcaldía		22.15 Anote la entidad federativa			
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
27. NOMBRE		28. FIRMA			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad			
29.2 Anote el tipo de asentamiento humano		29.3 Anote el nombre del asentamiento humano			
29.4 Anote el código postal		29.5 Anote la localidad			
29.6 Anote el municipio o alcaldía		29.7 Anote la entidad federativa			
29.8 Anote el teléfono		29.9 Anote el tipo de asentamiento humano			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO			
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33.1 Localidad			



212248134