



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

212248308

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 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 REG.  
CIVIL

1. NOMBRE DEL(DEL) FALLECIDO(A) <u>Constante</u> <u>Sanchez</u> <u>Cartera</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>01/09/1939</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Nidalgo</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP <u>SPCC390901HUGMMN02</u> Se ignora <input type="radio"/> O <input type="radio"/>	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>081</u> Años cumplidos Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudado(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(los) fallecido(s) 10.1 Tipo de vivienda: <u>3</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Barrio</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>2919176</u> 10.4 Núm. Interior: <u>Barrio del Carmen</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tamuchula</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal: <u>2919176</u> 10.8 Localidad: <u>Barrio del Carmen</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>Mulhaca</u> 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12. Primaria <input type="radio"/> 13. Secundaria <input type="radio"/> 14. Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 15. Profesional <input type="radio"/> 16. Posgrado <input type="radio"/> 17. Se ignora <input type="radio"/> 18. La escolaridad seleccionada es: <u>Comerciante</u> 19. 12.1 Trabajador: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación:		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Unidad de Emergencia</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>Barrio Arriba</u> 14.3 Nombre de la vivienda: <u>Barrio Arriba</u> 14.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>Mulhaca</u> 14.5 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u>		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Barrio</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Barrio Arriba</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>2919176</u> 15.4 Núm. Interior: <u>Barrio Arriba</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Mulhaca</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal: <u>2919176</u> 15.8 Localidad: <u>Barrio Arriba</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>Mulhaca</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos <u>03/08/2021</u> <u>06:05</u>		
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) <u>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> b) <u>Caso Susceptible a COVID-19</u> c) <u>Caso Susceptible a COVID-19</u> d) <u>Caso Susceptible a COVID-19</u> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <u>3 hrs</u> Código CIE: <u>Sdrax</u>		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u>1179043G</u>		
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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: <u>Accidente</u> <u>Homicidio</u> <u>Suicidio</u> <u>Se ignora</u> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): <u>Hijo</u>		
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>20 de Noviembre</u>		
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>20 de Noviembre</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 vivienda: <u>Barrio Arriba</u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u>2919176</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>Barrio Arriba</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Mulhaca</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 22.7.7 Código Postal: <u>2919176</u> 22.7.8 Localidad: <u>Barrio Arriba</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>Mulhaca</u> 22.7.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		
23. NOMBRE DEL CERTIFICANTE <u>Rafael</u> <u>Sanchez</u> <u>Menchaca</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(A): <u>Hijo</u>
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique: <u>1179043G</u>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: <u>1179043G</u>
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE: <u>Rafael Francisco Luis Reyes</u> <u>Ramirez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA DEL CERTIFICANTE: <u>[Firma]</u>
29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE: 29.1 Tipo de vivienda: <u>Barrio</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Barrio Arriba</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>2919176</u> 29.4 Núm. Interior: <u>Barrio Arriba</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Mulhaca</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal: <u>2919176</u> 29.8 Localidad: <u>Barrio Arriba</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>Mulhaca</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u>4831204869</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día Mes Año <u>03/08/2021</u>
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. Libro Núm. 31.1 Acta Núm. <u>20 de Noviembre</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: <u>Mulhaca</u> 32.2 Municipio o Alcaldía: <u>Mulhaca</u> 32.3 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día Mes Año: <u>03/08/2021</u>

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