

**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

212248323

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

1. NOMBRE DEL(LE) LA FALLECIDO(A) Nombres: <u>arianpin</u> Apellido: <u>rosales</u> Segundo Apellido: <u>martinez</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO Día: <u>05</u> Mes: <u>12</u> Año: <u>1965</u>		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Veracruz</u>	
5. CURP <u>RO NC 66 12 05 H V Z S R 01</u>		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐ Se ignora ☐		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: Meses: <u>5</u> Años: <u>4</u> Se ignora ☐	
9.1 Foto del Certificado de Nacimiento		9.2 Semanas de gestación: <u>38</u>		9.3 Peso (gramos): <u>3500</u>		9.4 Estado conyugal En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote si corresponde permanente (donde vive(a) fallecido(a)) <u>calle</u> <u>independencia</u> <u>13</u> <u>barrio</u> <u>de san rafael</u>		10.1 Tipo de vivienda		10.2 Nombre de la vivienda		10.3 Num. Exterior: <u>79960</u> 10.4 Num. Interior: <u>79960</u>	
10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>tamazunchale</u>		10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>san luis potosi</u>		10.7 Código Postal: <u>79960</u>		10.8 Localidad: <u>san luis potosi</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Tercera ☐ Superior ☐ Se ignora ☐		11.1 La escolaridad seleccionada en: <u>completa</u>		11.2 Ocupación habitual: <u>carpintero</u>		11.3 Número de seguridad social o afiliación: <u>601703</u>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL: <u>carpintero</u>		12.1 Trabajador: <u>Si</u> No ☐ Se ignora ☐		12.2 Ocupación: <u>carpintero</u>		12.3 Ocupación: <u>carpintero</u>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>601703</u>		13.2 Tipo de afiliación: <u>carpintero</u>		13.3 Tipo de afiliación: <u>carpintero</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ Se ignora ☐		14.1 Nombre de la unidad médica: <u>hospital comunitario</u>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>601703</u>		14.3 Nombre de la unidad médica: <u>hospital comunitario</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>carretera</u> <u>a san martin</u> <u>la pitahaya</u>		15.1 Tipo de vivienda: <u>carretera</u>		15.2 Nombre de la vivienda: <u>la pitahaya</u>		15.3 Num. Exterior: <u>79960</u> 15.4 Num. Interior: <u>79960</u>	
15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>tamazunchale</u>		15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>san luis potosi</u>		15.7 Código Postal: <u>79960</u>		15.8 Localidad: <u>san luis potosi</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: <u>04</u> Mes: <u>08</u> Año: <u>2021</u> Horas: <u>13</u> Minutos: <u>28</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)	
19.1 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) <u>insuficiencia respiratoria</u> Debido a (o como consecuencia de): b) <u>neumonía adquirida en la comunidad</u> Debido a (o como consecuencia de): c) <u>caso confirmado de covid 19</u> Debido a (o como consecuencia de): d) <u></u>		19.2 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <u>2 días</u>		19.3 Código CIE: <u></u>		19.4 Código CIE: <u></u>	
19.3 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moribundo que la produjo: a) <u></u> b) <u></u> c) <u></u> d) <u></u>		19.5 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <u>2 días</u>		19.6 Código CIE: <u></u>		19.7 Código CIE: <u></u>	
20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 20.1 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 ☐		20.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐		20.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐		20.4 Causa básica de defunción Código CIE: <u></u>	
21. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 21.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐		21.2 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐		21.3 La relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐		21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): <u>hijo</u>	
22. La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u></u>		22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u></u>		22.6 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u></u>		22.7 Tipo de vivienda: <u></u>	
22.7.1 Tipo de vivienda: <u></u>		22.7.2 Nombre de la vivienda: <u></u>		22.7.3 Num. Exterior: <u></u> 22.7.4 Num. Interior: <u></u>		22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u></u>	
22.7.6 Localidad: <u></u>		22.7.7 Municipio o Alcaldía: <u></u>		22.7.8 Entidad federativa: <u></u>		22.7.9 Código Postal: <u></u>	
23. NOMBRE <u>juan jose</u> <u>rosales</u> <u>cruz</u>		23.1 Nombre(s): <u>juan jose</u>		23.2 Primer Apellido: <u>rosales</u>		23.3 Segundo Apellido: <u>cruz</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): <u>hijo</u>		25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☒ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		25.1 Especifique: <u></u>		25.2 Número de la cédula profesional: <u>12043847</u>	
26. NOMBRE <u>gloria elizet</u> <u>baltierra</u> <u>del angel</u>		26.1 Nombre(s): <u>gloria elizet</u>		26.2 Primer Apellido: <u>baltierra</u>		26.3 Segundo Apellido: <u>del angel</u>	
27. DOMICILIO y TELÉFONO <u>carretera</u> <u>a san martin</u> <u>la pitahaya</u> <u>tamazunchale</u>		27.1 Tipo de vivienda: <u>carretera</u>		27.2 Nombre de la vivienda: <u>la pitahaya</u>		27.3 Num. Exterior: <u>79960</u> 27.4 Num. Interior: <u>79960</u>	
27.5 Tipo de asentamiento humano: <u>san luis potosi</u>		27.6 Localidad: <u>san luis potosi</u>		27.7 Municipio o Alcaldía: <u></u>		27.8 Entidad federativa: <u></u>	
27.9 Código Postal: <u>79960</u>		27.10 Teléfono: <u></u>		27.11 Fecha de certificación: <u>04</u> <u>08</u> <u>2021</u>		27.12 Fecha de certificación: <u>04</u> <u>08</u> <u>2021</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO: Núm. <u></u> Libro Núm. <u></u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: <u></u>		32.2 Municipio o Alcaldía: <u></u>		32.3 Entidad federativa: <u></u>	
32.4 Día: <u></u> Mes: <u></u> Año: <u></u>		32.5 Día: <u></u> Mes: <u></u> Año: <u></u>		32.6 Día: <u></u> Mes: <u></u> Año: <u></u>		32.7 Día: <u></u> Mes: <u></u> Año: <u></u>	

212248323