



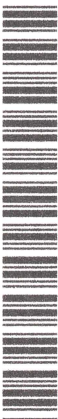
SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

212248407

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



212248407

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) Domingo Hernandez Hernandez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
	2. FECHA DE NACIMIENTO 25/10/1933 Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
	5. CURP HEHD331025HSPRRM408 Se ignora <input type="radio"/> 99			
DE LA DEFUNCIÓN	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Dias Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: 87 Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9			
	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) Calle Insurgentes 10.1 Tipo de vialidad Ejido 10.2 Nombre de la vialidad Domingo Zapayo 10.3 Núm. Exterior 79950 10.4 Núm. Interior Domingo 10.5 Tipo de asentamiento humano Zapayo 10.6 Nombre del asentamiento humano San Martín Chulchicuatlan 10.7 Código Postal Domingo 10.8 Localidad Zapayo 10.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2			
	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99			
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad Calle Insurgentes 15.2 Nombre de la vialidad Domingo Zapayo 15.3 Núm. Exterior 6 15.4 Núm. Interior Domingo 15.5 Tipo de asentamiento humano Zapayo 15.6 Nombre del asentamiento humano San Martín Chulchicuatlan 15.7 Código Postal Domingo 15.8 Localidad Zapayo 15.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí 15.10 Entidad federativa			
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 01/08/2021 03:45 Día Mes Año Horas Minutos			
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9				
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2				
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de) b) Pneumonia Atípica Bilateral secundaria a SARS (CoV-2) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
	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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
DEL CERTIFICANTE	23. NOMBRE Nicolas Hernandez Rosa Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo			
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 10167656			
	27. NOMBRE Eréndira Olivo Martinez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
DEL REG. CIVIL	28. FIRMA [Firma]			
	29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad Calle 29.2 Nombre de la vialidad Francisco Villa 29.3 Núm. Exterior SIN 29.4 Núm. Interior Ejido 29.5 Tipo de asentamiento humano El Potrero 29.6 Nombre del asentamiento humano San Martín Chulchicuatlan 29.7 Código Postal 79950 29.8 Localidad San Luis Potosí 29.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono			
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 26/08/2021 Día Mes Año			
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 01 , Libro Núm. 05 31.1 Acta Núm. 133			
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad San Martín Chul. 32.2 Municipio o Alcaldía S.L.P. 32.3 Entidad federativa S.L.P. 32.4 Día Mes Año 30/08/2021				

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