



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Forma 2712-1

FOLIO

212248515

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) MARIA SANTIAGO RUBIO		
2. FECHA DE NACIMIENTO 19011923	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO HIDALGO
5. CURP SARM230118HHGNBR06		
6. MARLA AL GUNA LENGUA INDIGENA Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Extranjera <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <input type="text"/> Para menores de un día: Horas <input type="text"/> Para menores de un mes: Días <input type="text"/> Para menores de un año: Meses <input type="text"/> Para personas de un año o más: Años <input type="text"/> 98		
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separados <input type="radio"/> Divorciados <input type="radio"/> Viudos <input type="radio"/> Solteros <input checked="" type="radio"/> Casados <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a). 10.1 Tipo de vivienda: Calle Barrio 10.2 Nombre de la vivienda: 16 de Septiembre Del Carmen 10.3 Núm. Exterior: 79960 10.4 Núm. Interior: 79960 10.5 Tipo de asentamiento humano: Tamazunchale 10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 10.7 Código Postal: 79960 10.8 Localidad: Tamazunchale 10.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): San Luis Potosí		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>		
12. OCUPACIÓN HABITUAL Al Hogar <input checked="" type="radio"/> 12.1 Trabajador <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
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"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: 16 de Septiembre Del Carmen 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 16 de Septiembre Del Carmen 14.3 Tipo de vivienda: 16 de Septiembre Del Carmen 14.4 Nombre de la vivienda: 16 de Septiembre Del Carmen 14.5 Núm. Exterior: 79960 14.6 Núm. Interior: 79960 14.7 Tipo de asentamiento humano: Tamazunchale 14.8 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 14.9 Código Postal: 79960 14.10 Localidad: Tamazunchale 14.11 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 14.12 Entidad federativa: San Luis Potosí		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: 16 de Septiembre Del Carmen 15.2 Nombre de la vivienda: 16 de Septiembre Del Carmen 15.3 Núm. Exterior: 79960 15.4 Núm. Interior: 79960 15.5 Tipo de asentamiento humano: Tamazunchale 15.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 15.7 Código Postal: 79960 15.8 Localidad: Tamazunchale 15.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 22 Mes 08 Año 2021 Horas 17 Minutos 05		
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 PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) Covid-19 b) Covid-19 Debido a (o como consecuencia de) c) Insuficiencia respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de) d) Covid-19 Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 2días 5días		
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 checked="" type="radio"/>		
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTE, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input checked="" 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(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda: 16 de Septiembre Del Carmen 22.7.2 Nombre de la vivienda: 16 de Septiembre Del Carmen 22.7.3 Núm. Exterior: 79960 22.7.4 Núm. Interior: 79960 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: Tamazunchale 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 22.7.7 Código Postal: 79960 22.7.8 Localidad: Tamazunchale 22.7.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 22.7.10 Entidad federativa: San Luis Potosí		
23. NOMBRE Nombre(s) Valentina Valdez Primer Apellido Santiago Segundo Apellido Hija		
24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) Hija		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique: 09075257 Número de la cédula profesional		
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 27. NOMBRE Nombre(s) Maria Alejandra Sanchez Solis Primer Apellido San Martin Segundo Apellido Achiquico 28. FIRMA San Martin 29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: Achiquico 29.2 Nombre de la vivienda: Achiquico 29.3 Núm. Exterior: Achiquico 29.4 Núm. Interior: Achiquico 29.5 Tipo de asentamiento humano: Achiquico 29.6 Nombre del asentamiento humano: Achiquico 29.7 Código Postal: Achiquico 29.8 Localidad: Achiquico 29.9 Municipio o Alcaldía: Achiquico 29.10 Entidad federativa: Achiquico 29.11 Teléfono: Achiquico		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 22 Mes 08 Año 2021		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 212248515 , Libro Núm. 212248515		
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: Achiquico 32.2 Municipio o Alcaldía: Achiquico 32.3 Entidad federativa: Achiquico 32.4 Día: 22 Mes: 08 Año: 2021		

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