SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 212248524

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

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)
Nombre(s): HEIDI
Primer Apellido: GARCIA
Segundo Apellido: MARTINEZ

2. FECHA DE NACIMIENTO Día 22 Mes 03 Año 1988

3. SEXO Hombre ○1 Mujer ⊗2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSI
Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP GAMH880322MSPRRD02 Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ⊗1 No ○2 Se ignora ○9

7. NACIONALIDAD Mexicana ⊗1 Otra ○2 → Especifique Se ignora ○9

8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos; Para menores de un día: Horas; Para menores de un mes: Días; Para menores de un año: Meses; Para personas de un año o más: Años cumplidos: 33 Se ignora ○9

Para menores de 28 días anote:
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:
8.2 Semanas de gestación:
8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ○6 Viudo(a) ○2 Casado(a) ○5 En unión libre ⊗4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ○1 Se ignora ○9

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)
10.1 Tipo de vialidad: FRANCISCO I MADERO
10.2 Nombre de la vialidad:
10.3 Núm. Exterior: 4
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano:
10.6 Nombre del asentamiento humano:
10.7 Código Postal: 79970
10.8 Localidad: CHALCHOCOYO
10.9 Municipio o Alcaldía: MATLAPA
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): SAN LUIS POTOSI

11. ESCOLARIDAD Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria ○3 Secundaria ⊗5 Bachillerato o preparatoria ○7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ⊗1 Incompleta ○2

12. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar Se ignora ○99
12.1 Trabajaba Sí ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ○1 ISSSTE ○3 SEDENA ○5 Seg. Popular / INSABI ⊗7 Otra ○8 IMSS ○2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS BIENESTAR ○10 Se ignora ○99
13.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ⊗1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS BIENESTAR ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9 Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99
14.1 Nombre de la unidad médica: HOSPITAL BASICO COMUNITARIO XILITLA
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): SPSSA017144

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: CARRETERA FEDERAL 120
15.2 Nombre de la vialidad: SAN JUAN DEL RIO-XILITLA Km 259.2
15.3 Núm. Exterior:
15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano:
15.6 Nombre del asentamiento humano:
15.7 Código Postal: 79900
15.8 Localidad: SAN ANTONIO XALCUAYO II
15.9 Municipio o Alcaldía: XILITLA
15.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 26 Mes 08 Año 2021 Horas 16 Minutos 40

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ⊗1 No ○2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○1 No ⊗2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, *ejemplo*: paro cardíaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) CETOACIDOSIS DIABETICA.	5 HORAS	
	Debido a (o como consecuencia de)		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) DIABETES MELLITUS TIPO I	15 AÑOS	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c)		
	Debido a (o como consecuencia de)		
	d)		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	DISTRESS RESPIRATORIO	3 DIAS.	
	SARS-COV2 POSITIVO	8 DIAS.	

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○1 El parto ○2 El puerperio ○3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ⊗5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ⊗2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ⊗2

Uso exclusivo del personal codificador
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Área deportiva ○3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Calle o carretera (vía pública) ○4 Escuela u oficina pública ○2 Área comercial o de servicio ○5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○9
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
22.7.1 Tipo de vialidad:
22.7.2 Nombre de la vialidad:
22.7.3 Núm. Exterior:
22.7.4 Núm. Interior:
22.7.5 Tipo de asentamiento humano:
22.7.6 Nombre del asentamiento humano:
22.7.7 Código Postal:
22.7.8 Localidad:
22.7.9 Municipio o Alcaldía:
22.7.10 Entidad federativa:

DEL INF.

23. NOMBRE
Nombre(s): MARCELA
Primer Apellido: ANTONIO
Segundo Apellido: HERNANDEZ

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) CUÑADA.

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante ⊗1 Médico legista ○2 Otro médico* ○3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil* ○5 Otro* ○8 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 9201311 Número de la cédula profesional

27. NOMBRE
Nombre(s): REBECA
Primer Apellido: PIÑEIRO
Segundo Apellido: CRUZ

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: CARRETERA FEDERAL 120
29.2 Nombre de la vialidad: SAN JUAN DEL RIO-XILITLA
29.3 Núm. Exterior: Km 259.2
29.4 Núm. Interior:
29.5 Tipo de asentamiento humano:
29.6 Nombre del asentamiento humano:
29.7 Código Postal: 79900
29.8 Localidad: SAN ANTONIO XALCUAYO II
29.9 Municipio o Alcaldía: XILITLA
29.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI
29.11 Teléfono: 4897727945

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 26 Mes 08 Año 2021

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 01, Libro Núm. 05
31.1 Acta Núm. 98

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad: Xilitla
32.2 Municipio o Alcaldía: Xilitla 054
32.3 Entidad federativa: S.L.P.
32.4 Día Mes Año: 24 22 09 20

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

212248524