

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

212248525



ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^{er} COPIA (ROSA) Y LA 2^{da} 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

212248525

DE LA DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO

DEL CERTIFICANTE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	BEATRIZ		GONZALEZ	Primer Apellido	VAZQUEZ	Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO	29 07 1967		3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	SAN LUIS POTOSI				
Día Mes Año		31 12 1967		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)						
5. CURP	GOVB670729MSPN2703		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 →	Se ignora <input type="radio"/> 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
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) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5	Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)				CALLE 46	10.1 Tipo de vialidad	BUGNAVISTA			10.2 Nombre de la vialidad
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano						
79970	NEQUEXPILoya	MAYAPAN		SAN LUIS POTOSI						
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)							
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Profesional <input type="radio"/> 8	Secundaria <input type="radio"/> 5 Posgrado <input type="radio"/> 10	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. Ocupación HABITUAL	HOGAR	Se ignora <input type="radio"/> 9			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 SEMAR <input type="radio"/> 6	ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6	SEDENA <input type="radio"/> 5 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10	Seg. Popular / INSABI <input checked="" type="radio"/> 7	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10				
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEDENA <input type="radio"/> 6	SEDENA <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Hospital Básico Comunitario XILITLA	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Otro lugar <input type="radio"/> 12					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	CARRERAS FEDERAL 120 SAN JUAN DEL RIO - XILITLA Km 259.2				15.2 Nombre de la vialidad					
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano						
79900	15.7 Código Postal	SAN ANTONIO XALUYO II		XILITLA		SAN LUIS POTOSI				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	16.1 Día 27	16.2 Mes 08	16.3 Año 2021	16.4 Horas 15	16.5 Minutos 56	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	19.1 PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente									
a) DISTRESS RESPIRATORIO SEVERO Debido a (o como consecuencia de)										
b) NEUMONIA ATÍPICA. Debido a (o como consecuencia de)										
c) SAES COV-2 POSITIVO Debido a (o como consecuencia de)										
d) DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESCONTROLADA										
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:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Uso exclusivo del personal codificador			
El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Código CIE			
43 días a 11 meses	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte							
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?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
22.2.1 Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7	Otro <input type="radio"/> 8	Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.2.2.1 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	22.2.6 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							
23. NOMBRE	Justina		Morales	Gonzalez	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
Nombre(s)	Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	Hija.					
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
*Especifique					Número de la cédula profesional					
27. NOMBRE	REBECA		PINEIRO	Cruz	28. FIRMA					
Nombre(s)	Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	J. M.					
29. DOMICILIO y TELÉFONO	CARRERAS FEDERAL 120 SAN JUAN DEL RIO - XILITLA Km 259.2		29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano			
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
XILITLA	79900	SAN ANTONIO XALUYO II	4891112745	SAN LUIS POTOSI	2403092021	Día	27			
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	32.4 Día	08						
29.11 Acta Núm. 95	32.1 Localidad Xilitla	32.2 Municipio o Alcaldía Xilitla	32.3 Entidad federativa S.L.P.	32.4 Mes	20					
31.1 Acta Núm. 95	32.3 Entidad federativa S.L.P.	32.4 Día 24	32.4 Mes 03	32.4 Año 2021						

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