



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

212248538

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(LE) LA FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Porfirio</u> Primer Apellido <u>Peña</u> Segundo Apellido <u>Burno</u>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>15</u> Mes <u>09</u> Año <u>1965</u>		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐	
5. CURP <u>P E B P 6 5 0 9 1 5 M S P X N R 0 4</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐		8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
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: <u>055</u>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☒ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el(ella) fallecido(a) 10.1 Tipo de vivienda: 10.2 Nombre de la vivienda: 10.3 Núm. Exterior: 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tamazunchale</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal: <u>76000</u> 10.8 Localidad: <u>Tamazunchale</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero):			
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 12.2 Nombre de la ocupación: <u>cmr de rnsa</u>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación:	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ IMSS BIENESTAR ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>HR 44 Z zacatipan</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>San Martín km 3 Zacatipan</u>		14.3 Tipo de vivienda: <u>San Martín km 3 Zacatipan</u> 14.4 Nombre del asentamiento humano: <u>Tamazunchale</u> 14.5 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 14.6 Entidad federativa:	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>San Martín km 3 Zacatipan</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Tamazunchale</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>2</u> 15.4 Núm. Interior: <u>2</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tamazunchale</u> 15.6 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal: <u>76000</u> 15.8 Localidad: <u>Tamazunchale</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa:		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>12</u> Mes <u>08</u> Año <u>2021</u> Horas <u>12</u> Minutos <u>15</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>coma diabético</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía por SARS-COV-2</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Diabetes mellitus tipo 2</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Hipertensión arterial sistémica</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		20. INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL INICIO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE 21 días 13 días 23 años 15 años		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 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 ☐		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐		22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(ella) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ 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 vivienda: 22.7.2 Nombre de la vivienda: 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 Nombre(s) <u>Laura</u> Primer Apellido <u>Moisés</u> Segundo Apellido <u>Peña</u>		24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) <u>hijo</u>		25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique: <u>6311516</u>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional:		27. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>San Martín km 3 Zacatipan</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Tamazunchale</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>2</u> 29.4 Núm. Interior: <u>2</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tamazunchale</u> 29.6 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal: <u>76000</u> 29.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u>2310812021</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>12</u> Mes <u>08</u> Año <u>2021</u>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm. 31.1 Acta Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: 32.2 Municipio o Alcaldía: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día: 32.5 Mes: 32.6 Año:					

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