



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

FOLIO
212248561

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) Pene Santiago Obispo	
2. FECHA DE NACIMIENTO 18081994	
3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Sexo ☐	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP SAOR940818HS PNBNO7	
6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Si ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: Meses Para menores de un año a más: Años 27	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ Separado(a) ☐ Vuelto(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Antes el domicilio permanente donde vivía el(a) fallecido(a) Calle Benito Juárez Localidad Santa María Municipio o Alcaldía San Antonio Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) San Luis Potosí	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Incompleta ☐ Completa ☐ 11.1 La escolaridad actualizada es	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Sin ocupación	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Sep. Popular / INSABI ☐ Otra ☐ IMSS BIENESTAR ☒ Se ignora ☐	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ SIEMPRE ☒ 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 136 Calle Benito Juárez Localidad Santa María II Municipio o Alcaldía Axlla de Terrazas Entidad federativa San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 09092021 1816	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒	
DE LA DEFUNCIÓN	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de) b) Neumonía por SARS-CoV-2 Debido a (o como consecuencia de) c) Fibrilación Ventricular por COVID-19 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 moribundo que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 3 días 5 días 1 año	
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? Si ☐ No ☒	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☒	
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? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva (taller, fábrica u obra) ☐ 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(a) 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 Ante 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 Num. Exterior 22.7.4 Num. 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:	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	
DEL INF	
23. NOMBRE Ambr Reyes Perez	
24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) Esposa	
DEL CERTIFICANTE	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ *Especifique: 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 723AS71 Número de la cédula profesional: 26. FIRMA MPS	
27. NOMBRE Marlene Ambr Alvarado Sanchez	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle Benito Juárez Localidad Santa María II Municipio o Alcaldía Axlla de Terrazas Entidad federativa San Luis Potosí	
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN 09092021	
DEL REG. CIVIL	
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 Mes Año:	

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