



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

212248570

FOLIO

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) Filberto Romero Ortiz		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Veracruz	
2. FECHA DE NACIMIENTO 14/05/1954		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐			
5. CURP R00F540514HVZMRLO2		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐ Se ignora ☐			
8. EDAD 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: 67		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ Subsistido(a) ☐ Se ignora ☐			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) 3 Calle Tiebre Aftosa Barrio San Jose		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Incompleta ☐ Completa ☐			
12. OCUPACIÓN HABITUAL Predicador		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ Otra ☐			

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: 3 15.2 Nombre de la vivienda: Barrio San Jose 15.3 Núm. Exterior: 799160 15.4 Núm. Interior: 18440 15.5 Tipo de asentamiento humano: Barrio San Jose Tamazunchale San Luis Potosí 15.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 15.7 Código Postal: 799160 15.8 Localidad: Barrio San Jose 15.9 Municipio o Alcaldía: Tamazunchale 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 04/08/2021 18:40		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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: Dificultad Respiratoria Aguda a) Debido a (o como consecuencia de): Covid-19 b) 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 morbosos que la produjo:	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 20		21. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí ☐ No ☒	
22. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí ☐ No ☒		23. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí ☐ No ☒	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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 ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área deportiva (taller, fábrica u obra) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Área comercial o de servicio ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐		24. PARENTESCO CON EL (LA) FALLECIDO(A) hijo	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 09075257	
27. NOMBRE: María Alejandra Sanchez Solis		28. FIRMA: [Firma]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vivienda: 3 29.2 Nombre de la vivienda: Carretera a San Martin Km 5.6 29.3 Núm. Exterior: 79987 29.4 Núm. Interior: Achiquico 29.5 Tipo de asentamiento humano: Tamazunchale 29.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 29.7 Código Postal: 79987 29.8 Localidad: Achiquico 29.9 Municipio o Alcaldía: Tamazunchale 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí 29.11 Teléfono: 79987		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 05/08/2021	

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro 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