



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

212250081

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE VERIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE ASESORARSE ANTES DE EMITIR EL CERTIFICADO 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.

212250081

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Rogaciano</u> Primer Apellido <u>Lopez</u> Segundo Apellido <u>Gonzalez</u>	
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>12</u> Mes <u>10</u> Año <u>1951</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>	
	5. CURP <u>LOGRS60524HSPPN607</u>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
DEL FALLECIDO	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: _____ Para menores de un año o más: <u>0165</u> Años cumplidos	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>Calle San Antonio, Colonia San Antonio, San Luis Potosí</u>	
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
DE LA DEFUNCIÓN	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Ocupación: <u>Trabajador</u>	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Fraccionamiento</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>19 de Enero</u>	
DE LA DEFUNCIÓN	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>12</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u> Horas <u>13</u> Minutos <u>50</u>	
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) <u>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>COVID-19</u> b) <u>Síndrome inflamatorio multisistémico asociado con COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>COVID-19</u> c) <u>COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>COVID-19</u> d) <u>Diabetes Mellitus no insulinodependiente</u> <u>Hipertensión esencial (primaria)</u>	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>U071</u>	
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: <u>Accidente</u> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Tipo de accidente: <u>Accidente</u> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
DEL CERTIFICANTE	24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>	
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique _____	
	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>11132634</u>	
	27. NOMBRE Nombre(s) <u>Jorge</u> Primer Apellido <u>Estrada</u> Segundo Apellido <u>Harvent</u>	
DEL REG. CIVIL	28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Fraccionamiento</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>19 de Enero</u>	
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>12</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u>	
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>1</u> , Libro Núm. <u>1</u>	
DEL REG. CIVIL	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>San Luis Potosí</u>	
	32.2 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u>	
	32.3 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
	32.4 Día: <u>12</u> Mes: <u>10</u> Año: <u>2021</u>	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SISTEMA DE REGISTRO NACIONAL DE DEFUNCIÓN.