



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

FOLIO

212251209

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

1. NOMBRE DEL(DEL) FALLECIDO(A) Nombres: <u>Bartolo</u> Primer Apellido: <u>Antonio</u> Segundo Apellido: <u>Hernandez</u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día: <u>24</u> Mes: <u>08</u> Año: <u>1936</u>	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Sexo ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>
5. CURP <u>AOHB360824HS PNRRO8</u>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Especificar: <u></u>
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u></u> Para menores de un día: <u></u> Para menores de un mes: <u></u> Para menores de un año: <u>85</u> Años cumplidos: <u>85</u> Se ignora ☐	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separadista ☐ Viudista ☒ Casada ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Antes de su domicilio permanente donde vivía el(los) fallecido(s): <u>Calle</u> 10.1 Tipo de vivienda: <u>Principal</u>	11. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: <u>Si</u> No ☒ Se ignora ☐	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Seg. Popular / INSABI ☒ Otra ☐ Se ignora ☐	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Unidad médica pública ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: <u></u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u></u>	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Principal</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: <u>03</u> Mes: <u>09</u> Año: <u>2021</u> Horas: <u>19</u> Minutos: <u>40</u>	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) <u>Síndrome de distres respiratorio</u> Debido a (o como consecuencia de) <u></u> b) <u>COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) <u></u> c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) <u></u> d) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) <u></u> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <u>1 día</u> <u>8 días</u> Código CIE: <u></u>		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u></u>		
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 ☐ 41 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		
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? <u>Si</u> No ☐ Se ignora ☐ 22.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <u>Si</u> No ☐ Se ignora ☐ 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): <u></u> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u></u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u></u>		
23. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 23.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 41 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		
24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ <u>Médico General</u> Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <u>10137533</u>		
27. NOMBRE Nombres: <u>Yermin Alejandra Velazquez Hernandez</u> Primer Apellido: <u>Yermin</u> Segundo Apellido: <u>Hernandez</u>		
28. FIRMA <u>[Firma]</u>		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>San Antonio</u> 29.3 Num. Exterior: <u>120</u> 29.4 Num. Interior: <u>259.2</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Xilitla</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal: <u>79900</u> 29.8 Localidad: <u>Xilitla</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u></u>		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: <u>13</u> Mes: <u>09</u> Año: <u>2021</u>		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. <u>1</u> Libro Num. <u>5</u> 31.1 Acta Num. <u>111</u>		
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>Xilitla</u> 32.2 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 32.3 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día: <u>24</u> 32.5 Mes: <u>11</u> 32.6 Año: <u>21</u>		

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