



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

FOLIO

212251354

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 DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL(DEL) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>maria juana</u> Apellido(s) <u>hernandez</u> <u>lópez</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>15</u> Mes <u>06</u> Año <u>1952</u>		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>hidalguito</u>	
5. CURP <u>H 5 L J 5 2 0 8 1 5 H N D R D N 0 2</u>		6. CHABLASA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐ Se ignora ☐		8. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ Separación ☐ Viudez ☐ Casado(a) ☐ Se ignora ☐	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: <u>69</u> años cumplidos Para menores de un mes: <u>69</u> meses Para menores de un día: <u>69</u> días		10. RESIDENCIA HABITUAL Antes al domicilio permanente donde vivía el(a) fallecido(a) <u>colle</u> 10.1 Tipo de vivienda: <u>ingrúntes</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>zapico</u>		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercaria ☐ Superior ☐ Se ignora ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL al hogar ☒ Trabajador ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ Se ignora ☐		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ Otro ☐		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>km 6.5</u> 15.1 Tipo de asentamiento humano: <u>ranchito</u> 15.2 Nombre del asentamiento humano: <u>la pitahaya</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>19</u> Mes <u>09</u> Año <u>2021</u> Hora <u>05</u> Minutos <u>50</u>	
17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) <u>insuficiencia respiratoria</u> b) <u>neumonía adquirida de la comunidad</u> c) <u>case confirmado de covid 19</u> d) <u>hipertensión arterial sistólica</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: <u>hipertensión arterial sistólica</u>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒		19. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u>3 días</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 ☐ 43 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? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>7 9 9 6 0</u>		23. NOMBRE <u>juana</u> <u>hernandez</u> <u>hernandez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) <u>hija</u>	
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 Número de la cédula profesional: <u>12043847</u>		27. NOMBRE <u>gilda elizet</u> <u>baltierra</u> <u>dal angal</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA <u>Baltierra</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>la pitahaya</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>la pitahaya</u> 29.3 Num. Exterior: <u>7 9 9 6 0</u> 29.4 Num. Interior: <u>7 9 9 6 0</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>tamazunchale</u> 29.6 Localidad: <u>san luis potosi</u> 29.7 Código Postal: <u>67000</u> 29.8 Municipio o Alcaldía: <u>san luis potosi</u> 29.9 Entidad federativa: <u>san luis potosi</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>19</u> Mes <u>09</u> Año <u>2021</u>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO 31.1 Acta Num. <u>7 9 9 6 0</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>la pitahaya</u> 32.2 Municipio o Alcaldía: <u>san luis potosi</u> 32.3 Entidad federativa: <u>san luis potosi</u> 32.4 Día: <u>19</u> Mes: <u>09</u> Año: <u>2021</u>	

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