



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

212251464

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) LEONARDO CRUZ		2. FECHA DE NACIMIENTO 27/07/1997		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Sexo ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
	5. CURP GAILL570727HSPRBN06		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Sí ☐ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de 25 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos): Para menores de un año: Para menores de un año o más: 034 Años cumplidos	
	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(ella) fallecido(a): CALLE HIDALGO 35 10.1 Tipo de vivienda: 10.2 Nombre de la vivienda: 10.3 Num. Exterior: 10.4 Num. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: 10.6 Nombre del asentamiento humano: 10.7 Código Postal: 10.8 Localidad: 10.9 Municipio o Alcaldía: 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero):		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☒ 11.1 La escolaridad alcanzada es: 12. OCUPACIÓN HABITUAL albanil 12.1 Trabajaba: 12.2 Se ignora ☐			
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seg. Popular / INSAFI ☐ Otra ☐ Se ignora ☐		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 14.3 Nombre de la unidad médica: 14.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: 15.2 Nombre de la vivienda: 15.3 Num. Exterior: 15.4 Num. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: 15.6 Nombre del asentamiento humano: 15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: 15.9 Municipio o Alcaldía: 15.10 Entidad federativa:		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐ 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒			
DE LA DEFUNCIÓN	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) SÍNDROME DISTRES RESPIRATORIO CRÓNICO Debido a (o como consecuencia de): COVID 19 b) Debido a (o como consecuencia de): c) Debido a (o como consecuencia de): d) Debido a (o como consecuencia de): PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado mortuorio que la produjo: DIAFANES MALTOSUS Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: Código CIE: Causa básica de defunción: Código CIE:		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 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? Sí ☐ No ☐ 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 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? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 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(ella) 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 Anote 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:		23. NOMBRE CARMELA FERNÁNDEZ 24. PARENTESCO CON EL(LE LA) FALLECIDO(A) CONYUGA 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 75113 27. NOMBRE JOSÉ 28. FIRMA 29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: 29.2 Nombre de la vivienda: 29.3 Num. Exterior: 29.4 Num. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: 29.6 Nombre del asentamiento humano: 29.7 Código Postal: 29.8 Localidad: 29.9 Municipio o Alcaldía: 29.10 Entidad federativa: 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 27/11/2021 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO 31.1 Acta Num.: 126 31.2 Libro Num.: 5 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:					
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO 31.1 Acta Num.: 126 31.2 Libro Num.: 5 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:		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO 31.1 Acta Num.: 126 31.2 Libro Num.: 5 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:		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO 31.1 Acta Num.: 126 31.2 Libro Num.: 5 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 DEPOSITAR EN EL ARCHIVO EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL)