



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCION
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

212251632

3

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO DE DEFUNCIONES.
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES
DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) Victor Martinez Hernandez	
2. FECHA DE NACIMIENTO 09/09/1991	
3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP MAHV910909HS PRRC00	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un 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: 029	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☒ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a): Calle José María Morales 97	
10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad	
10.3 Núm. Exterior 79900	
10.4 Núm. Interior Ahuehuevo	
10.5 Tipo de asentamiento humano Xilitla	
10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
10.7 Código Postal 20100	
10.8 Localidad Xilitla	
10.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí	
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 seleccionada es:	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Jornero	
12.1 Trabajaba Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seg. Popular / INSABI ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ Se ignora ☐	
13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION 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):	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION Calle José María Morales 97	
15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad	
15.3 Núm. Exterior 79900	
15.4 Núm. Interior Ahuehuevo	
15.5 Tipo de asentamiento humano Xilitla	
15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
15.7 Código Postal 20100	
15.8 Localidad Xilitla	
15.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí	
15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION 04/09/2021 00:37	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Añote 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) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de): b) Neumonía atípica Debido a (o como consecuencia de): c) Probable COVID-19 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 morbos que la produjo: Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: Código CIE: 7 días 14 días	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCION Código CIE: I50.9	
21. SI LA DEFUNCION 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? Si ☐ No ☒	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ 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? Si ☐ 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 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad: 22.7.2 Nombre de la vialidad: 22.7.3 Núm. Exterior: 22.7.4 Núm. 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 María Celina Antonio	
24. PARENTESCO CON EL(LE LA) FALLECIDO(A) Madre	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☒ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique:	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 7347318 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Luis Fernando Domínguez	
28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle 79900 29.1 Tipo de vialidad: 29.2 Nombre de la vialidad: 29.3 Núm. Exterior: 29.4 Núm. 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: 29.11 Teléfono: 4823670044	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 10/09/2021	
31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. 05 Libro Núm. 05	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Ahuehuevo 11/09/2021	