

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO
212254899

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 LOS PARTICULARES
DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1 NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) Faustino Hernandez Sanchez		2 FECHA DE NACIMIENTO 25/04/1969		3 SEXO Hombre ☒ Mujer ☐		4 ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5 CURP HESF690425HS PRNS03		6 ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Sí ☐		7 NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐		8 EDAD CUMPLIDA 052 años	
9 ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		10 RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(a) fallecido(a) 10.1 Tipo de vivienda: C. El Repósito 40 10.2 Nombre de la vivienda: 10.3 Num. Exterior: 791960 10.4 Num. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: El Barrio San Francisco Tamazunchale 10.6 Municipio o Alcaldía: 10.7 Código Postal: 10.8 Localidad: 10.9 Entidad federativa: San Luis Potosí		11 ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☒ Completa ☐ Incompleta ☐		12 OCUPACIÓN HABITUAL Jornalero ☒ Se ignora ☐	
13 AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ ISSSTE ☐ SE Seg. Popular / IMSS ☐ Otra ☐		14 SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐		15 DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: C. El Repósito 40 15.2 Nombre de la vivienda: 15.3 Num. Exterior: 791960 15.4 Num. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: El Barrio San Francisco Tamazunchale 15.6 Municipio o Alcaldía: 15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: 15.9 Entidad federativa: San Luis Potosí		16 FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 03/08/2021 01:30	
17 ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		18 ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		19 CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: para cardíaco, asfonia, etc.) a) Tuberculosis Pulmonar b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Diabetes Mellitus tipo 2		20 CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: I90	
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 ☐ 45 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? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 ¿Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio?		23 SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Tipo de vivienda: 23.2 Nombre de la vivienda: 23.3 Num. Exterior: 23.4 Num. Interior: 23.5 Tipo de asentamiento humano: 23.6 Municipio o Alcaldía: 23.7 Código Postal: 23.8 Localidad: 23.9 Entidad federativa: 23.10 Municipio o Alcaldía: 23.11 Teléfono:		24 PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) Concubina	
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 6004014 Número de la cédula profesional		27 NOMBRE: Gustavo Landaverde Primer Apellido: Segundo Apellido:		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 Municipio o Alcaldía: 29.7 Código Postal: 29.8 Localidad: 29.9 Entidad federativa: 29.10 Municipio o Alcaldía: 29.11 Teléfono:		30 FECHA DE CERTIFICACIÓN 19/11/2021		31 LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Num. 01 Libro Num. 05 31.1 Acta Num. 738		32 LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: Tamazunchale 32.2 Municipio o Alcaldía: S-L-P. 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día: 23 Mes: 11 Año: 2021	

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