



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

FOLIO  
212340982

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



212340982

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) <b>ISIDRO SALAZAR CAMARGO</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
	2. FECHA DE NACIMIENTO <b>15</b> Día <b>05</b> Mes <b>1942</b> Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>San Luis Potosí</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
	5. CURP <b>SACI420515HSPILMS09</b> Se ignora <input type="radio"/> 99			
DE LA DEFUNCIÓN	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una 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 <b>079</b> Se ignora <input type="radio"/> 9			
	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <b>Calle Galeana</b> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad <b>0</b> 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior <b>79950</b> 10.5 Tipo de asentamiento humano <b>rural</b> 10.6 Nombre del asentamiento humano <b>Barrio Cuartel IV</b> 10.7 Código Postal <b>Cuartel IV</b> 10.8 Localidad <b>SAN MARTIN CHALCHICUAUTLA</b> 10.9 Municipio o Alcaldía <b>SAN LUIS POTOSI</b> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99			12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>Jornalero</b> Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input checked="" type="radio"/> 6 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99			13.1 Número de seguridad social o afiliación
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica <b>Hospital Básico Comunitario, Tamazunchale</b> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <b>SPSSA0001703</b> 14.3 Tipo de vialidad <b>Carretera a San Martín</b> 14.4 Nombre de la vialidad <b>la pitahaya</b> 14.5 Tipo de asentamiento humano <b>Tamazunchale</b> 14.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b> 14.7 Código Postal <b>79960</b> 14.8 Localidad <b>la pitahaya</b> 14.9 Municipio o Alcaldía <b>Tamazunchale</b> 14.10 Entidad federativa <b>San Luis Potosí</b>			14.11 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>km. 6.5</b> 15.1 Tipo de vialidad <b>Carretera a San Martín</b> 15.2 Nombre de la vialidad <b>la pitahaya</b> 15.3 Núm. Exterior <b>79960</b> 15.4 Núm. Interior <b>la pitahaya</b> 15.5 Tipo de asentamiento humano <b>Tamazunchale</b> 15.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b> 15.7 Código Postal <b>79960</b> 15.8 Localidad <b>la pitahaya</b> 15.9 Municipio o Alcaldía <b>Tamazunchale</b> 15.10 Entidad federativa <b>San Luis Potosí</b>			15.11 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>26</b> Día <b>12</b> Mes <b>2021</b> Año <b>13</b> Horas <b>21</b> Minutos			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
	18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2			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) <b>Neumonía Adquirida en la Comunidad</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>Caso Confirmado Covid-19</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b>Caso Confirmado Covid-19</b> Debido a (o como consecuencia de) d) <b>Caso Confirmado Covid-19</b> 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 morbo que la produjo
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <b>J18</b> <b>U071</b>			21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 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 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 <b>Rodrigo Salazar Camargo</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Hermano</b>			
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional			
DEL CERTIFICANTE	27. NOMBRE <b>Jonas Terán Securine</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
	28. FIRMA			
DEL REG. CIVIL	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <b>Carretera a San Martín</b> 29.2 Nombre de la vialidad <b>km. 6.5</b> 29.3 Núm. Exterior <b>79960</b> 29.4 Núm. Interior <b>la pitahaya</b> 29.5 Tipo de asentamiento humano <b>Tamazunchale</b> 29.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b> 29.7 Código Postal <b>79960</b> 29.8 Localidad <b>la pitahaya</b> 29.9 Municipio o Alcaldía <b>Tamazunchale</b> 29.10 Entidad federativa <b>San Luis Potosí</b> 29.11 Teléfono			
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>26</b> Día <b>12</b> Mes <b>2021</b> Año			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <b>1</b> , Libro Núm. <b>5</b> 31.1 Acta Núm. <b>1</b>				
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <b>San Martín Chalchicuautla</b> 32.2 Municipio o Alcaldía <b>San Martín chal.</b> 32.3 Entidad federativa <b>San Luis Potosí</b> 32.4 Día <b>03</b> Mes <b>01</b> Año <b>2022</b>				

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