



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

Modelo 2017.1
FOLIO

212718215

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



212718215

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) <u>J. Santos Antonio</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>15/03/1929</u>	
3. SEXO <u>Hombre</u>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>A0XSI290315HSPINXND08</u>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <u>No</u>	
7. NACIONALIDAD <u>Mexicana</u>	
8. EDAD CUMPLIDA <u>92</u>	
9. ESTADO CONYUGAL <u>Separado(a)</u>	
10. RESIDENCIA HABITUAL <u>calle 20 de noviembre 27</u>	
11. ESCOLARIDAD <u>Primaria</u>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Jornalero</u>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <u>IMSS</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Secretaría de Salud</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>carretera zacatipan</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>01/02/2022 11:25</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <u>No</u>	
18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? <u>No</u>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)	
a) <u>Suspecho COVID-19</u>	
b) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u>	
c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u>	
d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <u>COVID-19</u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:	
22.1 Fue un presunto:	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión:	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(LE) 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 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 <u>Lucina Gonzalez Antonio</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) <u>Esposa</u>	
25. CERTIFICADA POR <u>Médico tratante</u>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>7080273</u>	
27. NOMBRE <u>Maria Adenir Olguin Lopez</u>	
28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>carretera san martin km 3</u>	
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	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>01/02/2022</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	
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 REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD