



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

150673806
JUL 200284

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION

LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES

150673806

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) GUILLERMINA GABINO MARTINEZ Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
2. CURP	3. SEXO Hombre ☐ Se ignora ☐ 99 Mujer ☒
4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐ 99	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐ 99
6. PESO 16.000 Kilogramos Gramos	7. TALLA 1.00 Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO 2003 2011 Día Mes Año	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año Para personas de un año o más 04 Años cumplidos
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☒ Casado(a) ☐ Se ignora ☐ 99	11. RESIDENCIA HABITUAL Volantín # 6 CUAXAJIB TAMPAMOLÓN CORONA 11.2 Colonia San Luis Potosí 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria incompleta ☐ Secundaria incompleta ☐ Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ Profesional ☐ Se ignora ☐ 99 Preescolar ☒ Primaria completa ☐ Secundaria completa ☐ Bachillerato o preparatoria completa ☐ Posgrado ☐ 10	13. OCUPACION HABITUAL Estudiante ☒ Se ignora ☐ 99 13.1 Trabajaba Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 99
14. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☒ Otra ☐ Se ignora ☐ 99 IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS Oportunidades ☐ 10	14.1 Número de seguridad social o afiliación 2410829763
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCION Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ Hospital General Cd. Valles IMSS Oportunidades ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ SPSA 000356 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION Carr. México Laredo Km 7. Fracc. Oxitipan Cd. Valles. Cd. Valles. 16.1 Calle y número 16.2 Colonia San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION 28 03 2015 21:00 Día Mes Año Horas Minutos	18. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐ 99
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☐	20. CAUSAS DE LA DEFUNCION (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) MUERTE CEREBRAL Debido a (o como consecuencia de) b) EDEMA CEREBRAL SEVERO SECUNDARIO Debido a (o como consecuencia de) c) ESTATUS EPILEPTICO REFRACTARIO Debido a (o como consecuencia de) d) NEUMONIA ADQUIRIDA COMUNIDAD PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moribundo que la produjo PREESCOLAR FEMENINO EUTROFICO.
21. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 44 AÑOS 22.1 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 ☐ 5 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☐ 2 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☐ 2	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCION Código CIE J11.1819
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 99 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐ 99 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicios ☐ Se ignora ☐ 99 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa	
24. NOMBRE José Antonio Gabino Rosa. Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	25. PARENTESCO CON EL FALLECIDO(A) Padre. TRABAJO SOCIAL
26. CERTIFICADA POR Médico ☒ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ 8	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1229181 Número de la cédula profesional
28. NOMBRE Pedro Rafael García Argüelles. Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	29. TELÉFONO 4813828170
30. DOMICILIO Carr. México Laredo, Km 7. Fracc. Oxitipan, Cd, Valles S.L.P.	31. FIRMA 32. FECHA DE CERTIFICACION 28 03 2015 Día Mes Año
33. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. 01 Libro Núm. 05 33.1 Acta Núm. 00034	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad Tampamolón Corona SLP 24 31 03 2015 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año

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