



**SECRETARIA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

FOLIO

180646628

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Gengis

Nombre(s)

Vargas

Primer Apellido

Gutiérrez

Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO

21 05 1977

Día Mes Año

3. SEXO

Hombre Mujer Se ignora 

5. CURP

VIAGG770521HTCRTN08

Se ignora 

O99

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

Tabasco

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí  No  Se ignora  O9

7. NACIONALIDAD

Mexicana Otra  O2Se ignora  O9

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

9. ESTADO CONYUGAL

Separado(a)  O6En unión libre  O4Divorciado(a)  O3Soltero(a)  O1Casado(a)  O5Se ignora  O9

10. RESIDENCIA HABITUAL

Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)

1112

10.3 Núm. Exterior

10.4 Núm. Interior

10.5 Tipo de asentamiento humano

10.7 Código Postal

10.8 Localidad

10.9 Municipio o delegación

10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

Calle

colonia

Soledad de Graciano Sánchez

San Luis Potosí

11. ESCOLARIDAD

Ninguna  O1Preescolar  O12Bachillerato o preparatoria  O7Profesional  O8Posgrado  O10Secundaria  O5Completa  O1Incompleta  O2

11.1 La escolaridad seleccionada es:

12. OCCUPACIÓN HABITUAL

Albañil Se ignora  O99

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

IMSS  O2ISSSTE  O3SEDENA  O6SEMAR  O7IMSS PROSPERA  O10IMSS PROSPERA  O10Seguro Popular  O7Otra  O8

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud  O1IMSS  O3PEMEX  O5SEMAR  O7Otra unidad pública  O8Unidad médica privada  O9Hospital General de Soledad 

14.1 Nombre de la unidad médica

Vía pública  O10Otro lugar  O12Hogar  O11Se ignora  O99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

15.1 Tipo de vialidad

pirolongacion colonia Valentin Amador Rivas Guillen 

15.2 Nombre de la vialidad

15.3 Núm. Exterior

15.4 Núm. Interior

15.5 Tipo de asentamiento humano

Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosí 

15.6 Nombre del asentamiento humano

15.7 Código Postal

15.8 Localidad

15.9 Municipio o delegación

15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

1 2 10 20 18 02 54

Día Mes Año Horas Minutos

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

Sí  O1No  O2Se ignora  O9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Sí  O1No  O2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Causas antecedentes

Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

a)  Choque Séptico

Debido a (o como consecuencia de)

b)  Neumonía adquirida en la comunidad

Debido a (o como consecuencia de)

c) 

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 morbo que la produjo

19.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo  O1El parto  O2El puerperio  O3No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte  O543 días a 11 meses después del parto o aborto  O4

19.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Sí  O1No  O2

19.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Sí  O1No  O2

19.4 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE

4 días 30 días 

19.5 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE

19.6 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)

19.7 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular  O1Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  O1Escuela u oficina pública  O2Área industrial (taller, fábrica u obra)  O6Calle o carretera (vía pública)  O4Área comercial o de servicio  O5Granja (rancho o parcela)  O7Otro  O8Se ignora  O9

19.8 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

19.9 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

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 delegación

22.7.10 Entidad federativa

23. NOMBRE

Adriana del Rocio Nombre(s) Ortiz 

Primer Apellido

Davila 

Segundo Apellido

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

Pareja 

12. CERTIFICADA POR

Médico tratante  O1Médico legista  O2Otro médico\*  O3Personas autorizada por la Secretaría de Salud  O4Autoridad civil\*  O5Otro\*  O8

\*Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

5188421 

Número de la cédula profesional

27. NOMBRE

Edith Nombre(s) San Juanero 

Primer Apellido

Lopez 

Segundo Apellido

28. FIRMA

J... 

colonia

29. DOMICILIO y TELÉFONO

pirolongacion 

29.1 Tipo de vialidad

Valentin Amador 

29.2 Nombre de la vialidad

1112 

29.3 Núm. Exterior

29.4 Núm. Interior

29.5 Tipo de asentamiento humano

Rivas Guillen 

29.6 Nombre del asentamiento humano

Soledad de Graciano Sánchez 

29.7 Código Postal

San Luis Potosí 

29.8 Localidad

29.10 Entidad federativa

29.11 Teléfono

Día Mes Año

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN

12 03 2018 12 03 2018

