



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

190681606

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Honorable Cabiera Vega Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Queretaro Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
2. FECHA DE NACIMIENTO 18/05/1949 Día Mes Año		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	
5. CURP CAVH490318HGTB6N04 Se ignora ☐		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Si ☐ Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐ Otra ☐ Especificar		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: 71 años cumplidos Para menores de un día: 71 años cumplidos Para menores de un mes: 71 años cumplidos Para menores de un año: 71 años cumplidos Para personas de un año o más: 71 años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Antes el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle 10.1 Tipo de vivienda Colonia 10.2 Nombre de la vivienda Emiliano Zapata 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 7910100 Ciudad Valles San Luis Potosí 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Bachillerato ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL Albañil 12.1 Trabajaba ☒ No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación 4169491142 54194548	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica Hogar ☐ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Bulevar Fraccionamiento 15.1 Tipo de vivienda 914 15.2 Nombre de la vivienda 19 de Enero 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 7910100 Cd. Valles Cd. Valles 15.6 Nombre del asentamiento humano 62P 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 02/11/2020 04:47 Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evitar señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) Otros tumores de choque b) Insuficiencia renal aguda con necrosis tubular c) Neumonia debida a otros virus d) COVID 19 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 48 hrs 10 días 38 días 43 días 10 años 14 días Uso exclusivo del personal civilizador Código CIE	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE Acidosis		21. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 15 A 54 AÑOS? 21.1 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 ☐ Si ☐ No ☐	
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? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)		22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo 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 vivienda 22.7.2 Nombre de la vivienda 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 Ma. Eleazar Cabiera González Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) Hija	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 1161836	
27. NOMBRE David Enrique Barrera Mendoza Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA [Firma]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Canebete 29.1 Tipo de vivienda 19 de Enero 29.2 Nombre de la vivienda Cd. Valles 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 7910100 Cd. Valles Cd. Valles 29.6 Nombre del asentamiento humano 62P 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 02/11/2020 Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm. 31.1 Acta Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o delegación 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año	

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