



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

FOLIO
200623347

DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DE G.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Benita Gutierrez Martinez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO 13/09/1956 Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2 Se ignora ☐ 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP GUMB5609113MSPTRND8 Se ignora ☐ 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 4 Se ignora ☐ 9 Otra ☐ 2 → Especifique
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ 6 Viudo(a) ☐ 2 Casado(a) ☐ 5 En unión libre ☐ 4 Divorciado(a) ☐ 3 Soltero(a) ☐ 1 Se ignora ☐ 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle Sotomayor 10.1 Tipo de vialidad localidad 10.2 Nombre de la vialidad Villa de Arriaga 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 178436 Villa de Arriaga Villa de Arriaga 10.6 Nombre del asentamiento humano S.L.P. 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Preescolar ☐ 12 Primaria ☒ 3 Secundaria ☐ 5 Bachillerato o preparatoria ☐ 7 Profesional ☐ 8 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 99 Completa ☒ 1 Incompleta ☐ 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL Arma casa Se ignora ☐ 99 12.1 Trabajaba Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☐ 7 Otra ☐ 8 IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS PROSPERA ☐ 10 Se ignora ☐ 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 Hospital Soledad Graciano Sandoval 14.1 Nombre de la unidad médica IMSS PROSPERA ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8 Unidad médica privada ☐ 9 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle Valentín Amador 15.1 Tipo de vialidad 1112 Colonia Genoveva Rivas Guillén 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 78436 Soledad Graciano S. Soledad Graciano S. S.L.P. 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 17/05/2020 14:13 Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) Neumonia por COVID-19 Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Diabetes Mellitus Tipo 2		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 4 días 20 años Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 0 Área deportiva ☐ 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicio ☐ 5 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 6 Granja (rancho o parcela) ☐ 7 Otro ☐ 8 Se ignora ☐ 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 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 Maraganta Piña Gutierrez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☒ 3 Directivo Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil* ☐ 5 Otro* ☐ 8 *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 3207093 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Erika Alicia Dominguez Yereua Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA	
29. DOMICILIO y TELÉFONO Calle Valentín Amador 112 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad Genoveva Rivas Guillén 78436 Soledad Graciano S. 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano Soledad de Graciano S. S.L.P. 44482601PP 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 17/05/2020 Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	