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

FOLIO 200625535

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

**DEL FALLECIDO**

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Evodio (Nombre(s)) Gamez (Primer Apellido) Cerda (Segundo Apellido)
2. FECHA DE NACIMIENTO: 06 (Día) 03 (Mes) 1967 (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: GACE670306HSPMRV05 Se ignora (99) ○
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí (1) ○ No (2) ● Se ignora (9) ○
7. NACIONALIDAD: Mexicana (1) ● Otra (2) ○ → Especifique: Se ignora (9) ○
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: 053 Años cumplidos; Se ignora (9) ○
   Para menores de 28 días anote: 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 (Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)):
    10.1 Tipo de vialidad: Avenida — 10.2 Nombre de la vialidad: Tanhuato
    10.3 Núm. Exterior: 7A — 10.4 Núm. Interior: — 10.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia — 10.6 Nombre del asentamiento humano: Mora
    10.7 Código Postal: 59257 — 10.8 Localidad: Yurecuaro — 10.9 Municipio o Alcaldía: Yurecuaro — 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Michoacán
11. ESCOLARIDAD: Ninguna (1) ○ Preescolar (12) ○ Primaria (3) ○ Secundaria (5) ● Bachillerato o preparatoria (7) ○ Profesional (8) ○ Posgrado (10) ○ Se ignora (99) ○
    11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa (1) ● Incompleta (2) ○
12. OCUPACIÓN HABITUAL: Agricultor — 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:

**DE LA DEFUNCIÓN**

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud (1) ● IMSS (3) ○ PEMEX (5) ○ SEMAR (7) ○ IMSS PROSPERA (2) ○ ISSSTE (4) ○ SEDENA (6) ○ Otra unidad pública (8) ○ Unidad médica privada (9) ○ Vía pública (10) ○ Otro lugar (12) ○ Hogar (11) ○ Se ignora (99) ○
    14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Soledad
    14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN:
    15.1 Tipo de vialidad: Avenida — 15.2 Nombre de la vialidad: Valentín Amador
    15.3 Núm. Exterior: 1112 — 15.4 Núm. Interior: — 15.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia — 15.6 Nombre del asentamiento humano: Rivas Guillén
    15.7 Código Postal: 78436 — 15.8 Localidad: Soledad de Graciano Sánchez — 15.9 Municipio o Alcaldía: Soledad de Graciano Sánchez — 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 28 (Día) 06 (Mes) 2020 (Año) 03 (Horas) 15 (Minutos)
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí (1) ● No (2) ○ Se ignora (9) ○
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí (1) ○ No (2) ●
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)

| | | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte | Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE |
|---|---|---|---|
| PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente | a) Choque séptico | 5 días | |
| | Debido a (o como consecuencia de): | | |
| Causas antecedentes. Estados morbosos, si existieran, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica | b) Neumonía por COVID-19 | 7 días | |
| | 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 morboso que la produjo | Diabetes mellitus | 3 años | |
| | Hipertensión arterial sistemica | 3 años | |

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) ○
    21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí (1) ○ No (2) ○
    21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí (1) ○ No (2) ○

Uso exclusivo del personal codificador
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE:

**MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS**

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) ○ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) (1) ○ Escuela u oficina pública (2) ○ Área deportiva (3) ○ Calle o carretera (vía pública) (4) ○ Área comercial o de servicio (5) ○ Área industrial (taller, fábrica u obra) (6) ○ Granja (rancho o parcela) (7) ○ Otro (8) ○ Se ignora (9) ○
    22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a):
    22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:
    22.6 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 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:

**DEL INF.**

23. NOMBRE: Berenice (Nombre(s)) Gamez (Primer Apellido) Limón (Segundo Apellido)
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Hija

**DEL CERTIFICANTE**

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante (1) ○ Médico legista (2) ○ Otro médico* (3) ● Persona autorizada por la Secretaría de Salud (4) ○ Autoridad civil* (5) ○ Otro* (8) ○ *Especifique
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 6595872
27. NOMBRE: Alberto (Nombre(s)) Ruiz (Primer Apellido) Mandragón (Segundo Apellido)
28. FIRMA
29. DOMICILIO y TELÉFONO: Avenida (29.1 Tipo de vialidad) Valentín Amador (29.2 Nombre de la vialidad) 1112 (29.3 Núm. Exterior) (29.4 Núm. Interior) Colonia (29.5 Tipo de asentamiento humano) Rivas Guillen (29.6 Nombre del asentamiento humano) 78436 (29.7 Código Postal) Soledad de Graciano Sanchez (29.8 Localidad) Soledad de Graciano Sanchez (29.9 Municipio o Alcaldía) San Luis Potosí (29.10 Entidad federativa) 4448260100 (29.11 Teléfono)
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 28 (Día) 06 (Mes) 2020 (Año)

**DEL REG. CIVIL**

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 Alcaldía: — 32.3 Entidad federativa: — 32.4 Día: — Mes: — Año:

200625535