



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

200625710

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

200625710

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Edmundo Gamez Leija</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO <u>13/12/1961</u>	3. SEXO ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ No especifica	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>
5. CURP <u>GALE611213HSPHJ008</u>		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? ☐ Sí ☒ No ☐ Otra <u>→</u> Especificar: _____		7. NACIONALIDAD <u>Mexicana</u> ☒ ☐ No ☐ Otra <u>→</u> Especificar: _____
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: _____ Para menores de un día: _____ Para menores de un mes: _____ Para menores de un año: _____ Para menores de 28 días antes: 8.1 Fecha del Certificado de Nacimiento: _____		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		
10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a): 10.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> <u>240</u> <u>Colonia</u> <u>Centro</u> 10.2 Núm. Exterior: <u>318940</u> 10.3 Núm. Interior: _____ 10.4 Tipo de asentamiento humano: <u>Villa de Arista</u> 10.5 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 10.6 Localidad: _____ 10.7 Código Postal: _____ 10.8 Entidad federativa: _____				
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		11.1 La escolaridad alcanzada es: Completó ☐ Incompletó ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: ☐ Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital General de <u>Salud</u> SACS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Número de la unidad médica: _____ 14.2 Clave única de establecimientos de salud (CUE): _____				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>1112</u> <u>Colonia</u> <u>Rioy Guillen</u> 15.1 Tipo de vivienda: <u>Valentin Amador</u> 15.2 Núm. Exterior: <u>318435</u> 15.3 Núm. Interior: _____ 15.4 Tipo de asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.5 Municipio o Alcaldía: _____ 15.6 Localidad: _____ 15.7 Código Postal: _____ 15.8 Entidad federativa: _____				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>06/07/2020</u> <u>10:25</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☒ Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? ☐ Sí ☒ No ☐

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar motivos de muerte -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.-) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) <u>Choque séptico</u> Debido a (o como consecuencia de): b) <u>Necrosis COVID 19</u> Debido a (o como consecuencia de): c) _____ Debido a (o como consecuencia de): d) _____ Causas antecedentes Estado moribundo, si existiera alguno, que produjera 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 moribundo que la produjo:		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <u>4 días</u> <u>4 días</u>	Código CIE
--	--	--	------------

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 42 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? ☐ Sí ☒ No ☐	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? ☐ Sí ☒ No ☐	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
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? ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (casa, apartamento, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicios ☐ Se ignora ☐
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Grupo (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos 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 Municipio o Alcaldía: _____ 22.7.7 Código Postal: _____ 22.7.8 Localidad: _____ 22.7.9 Municipio o Alcaldía: _____ 22.7.10 Entidad federativa: _____				

DEL INF.

23. NOMBRE <u>Herlinda Terras Tracheta</u>	24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) <u>Esposa</u>
---	--

DEL CERTIFICANTE

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 <u>10124103</u> Número de la cédula profesional
27. NOMBRE <u>Nairani Donblas Flores</u>		28. FIRMA <u>AF</u>
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Valentin Amador</u> 29.2 Núm. Exterior: <u>1112</u> 29.3 Núm. Interior: _____ 29.4 Tipo de asentamiento humano: <u>Colonia</u> 29.5 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.6 Localidad: _____ 29.7 Código Postal: _____ 29.8 Municipio o Alcaldía: _____ 29.9 Entidad federativa: _____ 29.10 Teléfono: _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>06/07/2020</u>

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: _____ 32.2 Municipio o Alcaldía: _____ 32.3 Entidad federativa: _____ 32.4 Día: _____ Mes: _____ Año: _____
--	--	---