



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

FOLIO
200625817

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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Cesar Bravo Zavala</u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>18/11/1980</u>	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Sexo ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>
5. CURP <u>B A Z C 8 0 1 1 1 8 H S P R V 5 0 9</u>	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>0</u> Horas <u>3</u> Minutos Para menores de un día: <u>0</u> Días <u>3</u> Horas <u>9</u> Minutos Para menores de un mes: <u>0</u> Meses <u>0</u> Días <u>3</u> Horas <u>9</u> Minutos Para menores de un año: <u>0</u> Años <u>3</u> Meses <u>9</u> Días	9. ESTADO CONYUGAL Ex unión libre ☒ Separado(a) ☐ Vivesco ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Bella Luna</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>99</u> 10.4 Núm. Interior: <u>79540</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Colonia</u> 10.6 Localidad: <u>La Grana</u> 10.7 Código Postal: <u>79540</u> 10.8 Municipio o Alcaldía: <u>Zaragoza</u> 10.9 Entidad federativa o país (si nació en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>		
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajo: <u>Nula</u> 12.2 Ocupación: <u>Nula</u>
13. AFIILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ IMSS PROSPERA ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>0</u>
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ Hospitales <u>General de Salcedo</u>		14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General de Salcedo</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES): <u>Valentin Amador</u>
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Colonia</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Rivera Guillen</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>112</u> 15.4 Núm. Interior: <u>78436</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Colonia</u> 15.6 Localidad: <u>Salcedo de G. S.</u> 15.7 Código Postal: <u>78436</u> 15.8 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u>		15.9 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: <u>14</u> Mes: <u>07</u> Año: <u>2020</u> Horas: <u>06</u> Minutos: <u>00</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, 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>Neumonia</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Covid 19</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Enfermedad renal crónica S</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Diabetes mellitus 2</u>
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u>2 hr</u> <u>12 hrs</u> <u>12 hrs</u> <u>6 años</u>		21. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 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? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Ante la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (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: <u>112</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>78436</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: 22.7.6 Localidad: 22.7.7 Código Postal: 22.7.8 Municipio o Alcaldía: 22.7.9 Entidad federativa: 22.7.10 Entidad federativa:		
23. NOMBRE Nombre(s): <u>Arturo</u> Primer Apellido: <u>González</u> Segundo Apellido: <u>Bravo</u>		24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(A) <u>Primo</u>
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: <u>5184917</u>		27. FIRMA <u>[Firma]</u>
27. NOMBRE Nombre(s): <u>Elgad Alejandro</u> Primer Apellido: <u>González</u> Segundo Apellido: <u>Caballero</u>		28. DOMICILIO y TELÉFONO 28.1 Tipo de vivienda: <u>Colonia</u> 28.2 Nombre de la vivienda: <u>Rivera Guillen</u> 28.3 Núm. Exterior: <u>112</u> 28.4 Núm. Interior: <u>78436</u> 28.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Colonia</u> 28.6 Localidad: <u>Salcedo de G. S.</u> 28.7 Código Postal: <u>78436</u> 28.8 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 28.9 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 28.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 28.11 Teléfono: <u>444182601109</u>
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: <u>14</u> Mes: <u>07</u> Año: <u>2020</u>		30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad: 30.2 Municipio o Alcaldía: 30.3 Entidad federativa: 30.4 Día: <u>14</u> Mes: <u>07</u> Año: <u>2020</u>
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>1</u> Libro Núm. <u>1</u> 31.1 Acta Núm. <u>1</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: 32.2 Municipio o Alcaldía: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día: <u>14</u> Mes: <u>07</u> Año: <u>2020</u>

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