



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

FOLIO
200634720
200634720

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Ciro Gaspar Amado 356-195	
	2. FECHA DE NACIMIENTO 10/03/1955	
	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
DEL FALLECIDO	5. CURP 6AAG550810HSPSMR07	
	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	8. EDAD CUMPLIDA 64 años	
DEL FALLECIDO	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Calle Leyes de Reforma	
	10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda Bento Juárez	
	10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano Tamañachale San Luis Potosí	
DEL FALLECIDO	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5 Tercera <input type="radio"/> 6 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	12. OCUPACIÓN HABITUAL Comerciante	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Hospital General Cd. Valles	
DEL FALLECIDO	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Carretera México-Laredo	
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 23/09/2020 10:50	
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No <input checked="" type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? No <input checked="" type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 2	
DE LA DEFUNCIÓN	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN a) Neumonía Viral COVID 19 b) Insuficiencia Cardíaca Congestiva CFV c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de)	
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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 <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 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 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 Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa	
DEL FALLECIDO	23. NOMBRE David Gaspar Flores	
	24. PARENTESCO CON EL FALLECIDO Hijo	
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 7958503 Número de la cédula profesional	
	27. NOMBRE Damas Paulina Castillo Zapucha	
DEL CERTIFICANTE	28. FIRMA Damas	
	29. DOMICILIO y TELÉFONO Carretera México-Laredo Km 7 29.1 Tipo de vivienda 29.2 Nombre de la vivienda 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa	
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 23/09/2020	
	31. LUGAR DE CERTIFICACIÓN San Luis Potosí	