



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO  
200634720

200634720 200634720 200634720 200634720 200634720  
200634720 200634720 200634720 200634720 200634720

DEL FALLECIDO		Cirilo Gaspar Amado 356-195											
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido							
2. FECHA DE NACIMIENTO		Día Mes Año		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO							
Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		San Luis Potosí		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)									
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD									
GAAGCS10810HSPIRMRO7		Se ignora <input type="radio"/> 99		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique									
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para menores de un año o más	Meses	Años cumplidos	9. ESTADO CONYUGAL				
		Minutos	Horas	Días					Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input type="radio"/> 2	Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5		
									En unión libre <input type="radio"/> 4	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Se ignora <input type="radio"/> 9	
Para menores de 28 días anote:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		10. RESIDENCIA HABITUAL					
								Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)					
10. RESIDENCIA HABITUAL		Calle		Colonia		Calle		10.1 Tipo de vialidad					
		10.2 Nombre de la vialidad		10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano					
		Bentito Juarez		719960		Tamaulipas		Tamaulipas					
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 <input type="radio"/> 1	Pescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL						
		Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	Comerciante <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9						
		IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación						
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1		IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	Hospital General Cd Valles	Via pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12				
		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2		ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Km 7		Carretera		Mierro Laredo		15.2 Nombre de la vialidad					
		15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		Fraccionamiento		15.6 Nombre del asentamiento humano					
						Valles		15.9 Municipio o Alcaldía					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		230	12020	11050	Día Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?					
						Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		(Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)											
PARTE I		Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente											
Causas antecedentes		Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica											
a)		Neumonía Viral COVID 19											
		Debido a (o como consecuencia de)											
b)		Insuficiencia Cardíaca Congestiva CF IU											
		Debido a (o como consecuencia de)											
c)													
d)													
PARTE II		Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo											
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN					
El embarazo <input type="radio"/> 1		El parto <input type="radio"/> 2		El puerperio <input type="radio"/> 3		Sí <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		No estuve 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		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)					
		Accidente <input type="radio"/> 1		Homicidio <input type="radio"/> 2		Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área deportiva <input type="radio"/> 3		Taller, fábrica u oficina <input type="radio"/> 6			
		Suicidio <input type="radio"/> 3		Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1		Calle o carretera <input type="radio"/> 4		Rancho o parcela <input type="radio"/> 7			
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 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión, 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 Domicilio de la víctima					
				22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía							
23. NOMBRE		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1		Médico legista <input type="radio"/> 2		Otro médico* <input type="radio"/> 3		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
		Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro* <input type="radio"/> 8		Número de la cédula profesional					
27. NOMBRE		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		28. FIRMA					
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Calle		Mexico Laredo		Km 7		29.5 Tipo de asentamiento humano					
		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior					
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN							
										1230412012010			

