SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 200634794

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): Gilderda (Nombre(s)) Cárdenas (Primer Apellido) Hendez (Segundo Apellido)
2. FECHA DE NACIMIENTO: 27 02 1961 (Día Mes Año)
3. SEXO: Hombre ○ Mujer ✓ Se ignora ○
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: San Luis Potosí (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))
5. CURP: Se ignora ○
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○ No ✓ Se ignora ○
7. NACIONALIDAD: Mexicana ✓ Otra ○ → País: Se ignora ○
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: 59 Años cumplidos; Se ignora ○
   Para menores de 28 días anote: 8.1 Peso del Certificado de Nacimiento; 8.2 Semanas de gestación; 8.3 Peso (gramos)
9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) ○ Viudo(a) ○ Casado(a) ✓ Unión libre ○ Divorciado(a) ○ Soltero(a) ○ Se ignora ○
10. RESIDENCIA HABITUAL (Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)):
    10.1 Tipo de vialidad: Calle — 10.2 Nombre de la vialidad: Emiliano Zapata
    10.3 Núm. Exterior: S/n Número — 10.4 Núm. Interior: — 10.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia — 10.6 Nombre del asentamiento humano: Ampliación Márquez
    10.7 Código Postal: — 10.8 Localidad: Ciudad Valles — 10.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles — 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí
11. ESCOLARIDAD: Ninguna ○ Preescolar ○ Primaria ○ Secundaria ○ Bachillerato o preparatoria ✓ Profesional ○ Posgrado ○ Se ignora ○
    11.1 La escolaridad señalada es: Completa ✓ Incompleta ○
12. OCUPACIÓN HABITUAL: Comerciante — Se ignora ○
    12.1 Actualmente: 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: 4309 88 0883 4 F196 10 0

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ○ IMSS ✓ PEMEX ○ SEMAR ○ Hospital General de Zona No 6 — IMSS PROSPERA ○ ISSSTE ○ SEDENA ○ Otra unidad pública ○ Unidad médica privada ○ Vía pública ○ Otro lugar ○ Hogar ○ Se ignora ○
    14.1 Nombre de la unidad médica — 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN:
    15.1 Tipo de vialidad: Boulevard — 15.2 Nombre de la vialidad: México-Laredo
    15.3 Núm. Exterior: 914 — 15.4 Núm. Interior: — 15.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento — 15.6 Nombre del asentamiento humano: 19 de Enero
    15.7 Código Postal: — 15.8 Localidad: Ciudad Valles — 15.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles — 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 06 06 2020 (Día Mes Año) 18 59 (Horas Minutos)
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.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Insuficiencia Respiratoria aguda.	1 día.	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existieran, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Neumonía, no especificada (Debido a (o como consecuencia de))	3 días.	
	c) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Debido a (o como consecuencia de))	10 años	
	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 tipo 2	5 años	
	Hipertensión esencial	20 años	

20. CAUSA BASICA 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 ○ El parto ○ El puerperio ○ A) más de 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 consecuencias directas del embarazo, parto o puerperio? Sí ○ No ○
    21.3 ¿Las causas anotadas contribuyeron al embarazo, parto o puerperio? Sí ○ No ○

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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 ○ Área industrial (taller, fábrica u obra) ○ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○ Calle o carretera (vía pública) ○ Granja (rancho o parcela) ○ Escuela u oficina pública ○ Área comercial y de servicios ○ Otro ○ Se ignora ○
    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, circunstancias y 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: Gilda Janeth (Nombre(s)) Camero (Primer Apellido) Cárdenas. (Segundo Apellido)
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): hija.

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○ Médico legista ○ Otro médico ✓ Médico de Guardia (Especifique) Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○ Autoridad civil ○ Otro ○
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 4011701 (Número de la cédula profesional)
27. NOMBRE: Rubin Alberto (Nombre(s)) Maldonado (Primer Apellido) Ibarra (Segundo Apellido)
28. FIRMA:
29. DOMICILIO Y TELÉFONO:
    29.1 Tipo de vialidad: Boulevard — 29.2 Nombre de la vialidad: México Laredo — 29.3 Núm. Exterior: 914 — 29.4 Núm. Interior: — 29.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento
    29.6 Nombre del asentamiento humano: 19 de Enero — 29.7 Código Postal: — 29.8 Localidad: Ciudad Valles
    29.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles — 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí — 29.11 Teléfono:
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 06 06 2020 (Día Mes 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

200634794

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

Escaneado con CamScanner