



41.62.40.1292-2

SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1  
FOLIO  
200635822

SM1940 PE

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SERV.  
25

C-3

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES  
Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG.  
CIVIL

|   |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)<br><b>Cutberto Gama</b>  |  | 2. FECHA DE NACIMIENTO<br><b>20/03/1940</b>  |  | 3. SEXO<br>Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |  | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br><b>Morelos</b>   |  |
| 5. CURP<br><b>GAMC400320HMSMZT03</b>  |  | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>  |  | 7. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |  | 8. EDAD CUMPLIDA<br>Para menores de una hora: <input type="text"/> Minutos <input type="text"/><br>Para menores de un día: <input type="text"/> Horas <input type="text"/><br>Para menores de un mes: <input type="text"/> Días <input type="text"/><br>Para menores de un año: <input type="text"/> Meses <input type="text"/><br>Para personas de un año o más: <b>50</b> Años cumplidos <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |  |
| 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <input type="text"/>   |  | 8.2 Semanas de gestación: <input type="text"/>   |  | 8.3 Peso (gramos): <input type="text"/>  |  | 9. ESTADO CONYUGAL<br>Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/><br>En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |  |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL<br>Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>Calle Compuh Hospital</b>  |  | 10.1 Tipo de vialidad<br><b>1205</b>   |  | 10.2 Nombre de la vialidad<br><b>Compuh Hospital</b>   |  | 10.3 Núm. Exterior <b>799000</b>   |  |
| 10.4 Núm. Interior <input type="text"/>   |  | 10.5 Tipo de asentamiento humano<br><b>CD. Valle</b>   |  | 10.6 Nombre del asentamiento humano<br><b>San Luis Potosí</b>  |  | 10.7 Código Postal <b>799000</b>   |  |
| 10.8 Localidad <input type="text"/>   |  | 10.9 Municipio o Alcaldía <input type="text"/>   |  | 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <input type="text"/>   |  | 11. ESCOLARIDAD<br>Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/><br>Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |  |
| 11.1 La escolaridad seleccionada es: <input type="text"/>   |  | 12. OCUPACIÓN HABITUAL<br><b>Eléctrico</b>   |  | 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |  | 13.1 Número de seguridad social o afiliación<br><b>4162401292-SM1940PE</b>   |  |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br>Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/><br>IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |  | 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/><br>IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> |  | 14.1 Nombre de la unidad médica <b>Hospital General de Zona 6</b>  |  | 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <input type="text"/>   |  |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br><b>914</b>  |  | 15.1 Tipo de vialidad<br><b>Colonia</b>  |  | 15.2 Nombre de la vialidad<br><b>San Luis Potosí</b>   |  | 15.3 Núm. Exterior <b>799000</b>   |  |
| 15.4 Núm. Interior <input type="text"/>   |  | 15.5 Tipo de asentamiento humano<br><b>CD. Valle</b>   |  | 15.6 Nombre del asentamiento humano<br><b>San Luis Potosí</b>  |  | 15.7 Código Postal <b>799000</b>   |  |
| 15.8 Localidad <input type="text"/>   |  | 15.9 Municipio o Alcaldía <input type="text"/>   |  | 15.10 Entidad federativa <input type="text"/>  |  | 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br><b>04/03/2020 04:00</b>  |  |
| 16.1 Día <input type="text"/>   |  | 16.2 Mes <input type="text"/>  |  | 16.3 Año <input type="text"/>  |  | 16.4 Horas <input type="text"/>  |  |
| 16.5 Minutos <input type="text"/>   |  | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |  | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>  |  | 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)  |  |
| PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente  |  | a) Debido a (o como consecuencia de) <b>Insuficiencia cardíaca</b>   |  | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>1 día</b>   |  | Código CIE <b>U072</b>   |  |
| Causas antecedentes<br>Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica  |  | b) Debido a (o como consecuencia de) <b>Neumonía</b>   |  | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>1 día</b>   |  | Código CIE <b>J960</b>   |  |
|   |  | c) Debido a (o como consecuencia de) <b>Espeche de Coronaria</b>   |  | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>1 día</b>   |  | Código CIE <b>J189</b>   |  |
|   |  | d) Debido a (o como consecuencia de) <b>SALI COR2</b>  |  | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>1 día</b>   |  | Código CIE <b>J189</b>   |  |
| PARTE II<br>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:<br>El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/><br>43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>  |  | 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>     |  | 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>  |  |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE   |  | 22.1 Fue un presunto<br>Accidente <input checked="" type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>  |  | 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                 |  | 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión<br>Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/><br>Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/><br>Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |  |
| 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <input type="text"/>   |  | 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <input type="text"/>   |  | 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <input type="text"/> |  | 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <input type="text"/>  |  |
| 22.7.1 Tipo de vialidad <input type="text"/>  |  | 22.7.2 Nombre de la vialidad <input type="text"/>  |  | 22.7.3 Núm. Exterior <input type="text"/>  |  | 22.7.4 Núm. Interior <input type="text"/>  |  |
| 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <input type="text"/>   |  | 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <input type="text"/>   |  | 22.7.7 Código Postal <input type="text"/>  |  | 22.7.8 Localidad <input type="text"/>  |  |
| 22.7.9 Municipio o Alcaldía <input type="text"/>  |  | 22.7.10 Entidad federativa <input type="text"/>  |  | 23. NOMBRE<br><b>Luis Daniel Ceballos</b>  |  | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)<br><b>Hijo</b>  |  |
| 23.1 Nombre(s) <input type="text"/>   |  | 23.2 Primer Apellido <input type="text"/>  |  | 23.3 Segundo Apellido <input type="text"/>   |  | 25. CERTIFICADA POR<br>Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/><br>Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique <input type="text"/>  |  |
| 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br><b>09133812</b>   |  | 27. NOMBRE<br><b>Luis Daniel Ceballos</b>  |  | 28. FIRMA<br><b>[Firma]</b>  |  | 29. DOMICILIO Y TELÉFONO<br><b>Calle Boulevard México</b>  |  |
| 29.1 Tipo de vialidad <input type="text"/>  |  | 29.2 Nombre de la vialidad <input type="text"/>  |  | 29.3 Núm. Exterior <input type="text"/>  |  | 29.4 Núm. Interior <input type="text"/>  |  |
| 29.5 Tipo de asentamiento humano <input type="text"/>   |  | 29.6 Nombre del asentamiento humano <input type="text"/>   |  | 29.7 Código Postal <input type="text"/>  |  | 29.8 Localidad <input type="text"/>  |  |
| 29.9 Municipio o Alcaldía <input type="text"/>  |  | 29.10 Entidad federativa <input type="text"/>  |  | 29.11 Teléfono <input type="text"/>  |  | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br><b>04/03/2020</b>  |  |
| 31.1 Acta Núm. <input type="text"/>   |  | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO<br>32.1 Localidad <input type="text"/>   |  | 32.2 Municipio o Alcaldía <input type="text"/>   |  | 32.3 Entidad federativa <input type="text"/>   |  |
| 32.4 Día <input type="text"/>   |  | 32.5 Mes <input type="text"/>  |  | 32.6 Año <input type="text"/>  |  | 32.7 Año <input type="text"/>  |  |

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD