



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCION
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
200639677

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCION

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

REG. IL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) J. Guadalupe Gamboa Hernández Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO 26/07/1965 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Zacatecas Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP GAHQ650726HZSMRD07 Se ignora <input type="radio"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
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: 055 Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle Acerina 10.1 Tipo de vialidad Fraccionamiento 10.2 Nombre de la vialidad Industrias 10.3 Núm. Exterior 78399 10.4 Núm. Interior 78399 10.5 Tipo de asentamiento humano San Luis Potosí 10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 10.7 Código Postal 78399 10.8 Localidad San Luis Potosí 10.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACION HABITUAL Lava coches Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 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 DEFUNCION Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 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 Hospital General de Soledad 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION Avenida Valentín Amador 15.1 Tipo de vialidad Colonias 15.2 Nombre de la vialidad Genovevo Rivas Guillén 15.3 Núm. Exterior 78346 15.4 Núm. Interior 78346 15.5 Tipo de asentamiento humano Soledad de Graciano Sánchez 15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 15.7 Código Postal 78346 15.8 Localidad Soledad de Graciano Sánchez 15.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí 15.10 Entidad federativa	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION 23/10/2020 06:18 Día Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de) b) Neumonía Debido a (o como consecuencia de) c) Probable COVID 19 Debido a (o como consecuencia de) d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 1 día 4 días 4 días Código CIE		
21. SI LA DEFUNCION 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 type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Añote 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, 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 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		
23. NOMBRE Verónica Gamboa Hernández Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hermana		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO 3272274 Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE Lucia Susana Orduña Torres Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA Chauval		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Avenida Valentín Amador 1112 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior Genovevo Rivas Guillén 78346 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosí 4448240100 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACION 23/10/2020 Día Mes Año		
31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA EMITIR EL ACTA DE DEFUNCION



200639677