



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

200639677

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		J. Guadalupe Gamboa Hernández		
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Dia	Mes	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	Zacatecas	
		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD
G A H G 6 5 0 7 2 6 H 2 S M R D 0 7		Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	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
		Minutos	Horas	Días
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4
				Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 1
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad		
Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle Acerina		
2391 Fraccionamiento		10.2 Nombre de la vialidad		
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		
1783919		San Luis Potosí		
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		11.1 La escolaridad seleccionada es:		
Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8		Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		
IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4		SEDENA <input type="radio"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		12. OCUPACIÓN HABITUAL		
IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6		Lava coches		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8		14.1 Nombre de la unidad médica		
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		
1112 Colonia		15.2 Nombre de la vialidad		
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		
78346		15.6 Nombre del asentamiento humano		
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		
15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		
23 10 2020		06 18	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
Dia Mes Año		Horas Minutos	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Causa de la muerte directa		
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda		
		Debido a (o como consecuencia de)		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Neumonía		
		Debido a (o como consecuencia de)		
		c) Probable COVID 19		
		Debido a (o como consecuencia de)		
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		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		El parto <input type="radio"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	El puerperio <input type="radio"/> 3	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		
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		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra) Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8		
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 del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		
1112		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		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	Hermana <input type="radio"/> 1
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		3272274 Número de la cédula profesional		
Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil <input type="radio"/> 5		Otro médico <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 8		
		*Especifique		
27. NOMBRE		28. FIRMA		
Nombre(s)		Lucía Susana Orduna Torres		
29. DOMICILIO y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
Avenida Valentin Amador Genovevo Rivas Guillén		29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano		
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		
Soledad de Lerdo Sánchez		29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono		
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		
REG. IL		32.1 Localidad		