



41-80-44-0017
-8
5/19/44

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO
210829019

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. 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) Nombre(s): <u>Gandevio</u> Primer Apellido: <u>Garcia</u> Segundo Apellido: <u>Ventura</u>	
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día: <u>12</u> Mes: <u>2</u> Año: <u>1944</u>	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u> Jalisco </u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
	5. CURP <u>GA VG 44 10 12 2 H H G R N D 01</u> Se ignora ☐	
DEL FALLECIDO	6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐ Otra ☐ Especificar: _____	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: _____ Para menores de un año a un mes: _____ Para menores de un mes a dos meses: _____ Para menores de dos meses a tres meses: _____ Para menores de tres meses a cuatro meses: _____ Para menores de cuatro meses a cinco meses: _____ Para menores de cinco meses a seis meses: _____ Para menores de seis meses a siete meses: _____ Para menores de siete meses a ocho meses: _____ Para menores de ocho meses a nueve meses: _____ Para menores de nueve meses a un año: _____ Para personas de un año o más: <u>076</u> Años cumplidos	
	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
DEL FALLECIDO	10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): <u>Calle</u> 10.1 Tipo de vivienda: <u>113</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Trinidad Aldama</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>1771</u> 10.4 Núm. Interior: <u>0101</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Alvaro Obregón</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Alvaro Obregón</u> 10.7 Código Postal: <u>44100</u> 10.8 Localidad: <u>Ciudad Vallés</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): _____	
	11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: _____ 11.2 Trabajo: <u>Agropecuaria</u> Se ignora ☐ No ☐ Se ignora ☐	
	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: <u>Agropecuaria</u> Se ignora ☐ No ☐ Se ignora ☐	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>4180-140017-511944PE</u>	
DE LA DEFUNCIÓN	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Otra unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General de Zona 06</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>714</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Francisco de Asís</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>1771</u> 15.4 Núm. Interior: <u>0101</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Vallés</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Ciudad Vallés</u> 15.7 Código Postal: <u>44100</u> 15.8 Localidad: <u>Ciudad Vallés</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa: _____	
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: <u>18</u> Mes: <u>1</u> Año: <u>2020</u> Horas: <u>10</u> Minutos: <u>45</u>	
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
DE LA DEFUNCIÓN	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) <u>Choque séptico</u> Debido a (o como consecuencia de): _____ b) <u>Suspecho de Coronavirus SARS-CoV-2</u> Debido a (o como consecuencia de): _____ c) _____ Debido a (o como consecuencia de): _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica: PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo: <u>Diabetes mellitus, asociada con desnutrición</u> <u>Hipertensión esencial</u>	
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u>U10.7.2</u>	
	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 ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒	
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 ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) 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 vivienda: _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda: _____ 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 Nombre(s): <u>Aracelia María</u> Primer Apellido: <u>Garcia</u> Segundo Apellido: <u>Salvador</u>	
	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Madre</u>	
DEL CERTIFICANTE	25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especificar: _____	
	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: <u>7005975</u>	
	27. NOMBRE Nombre(s): <u>Alejandro Elizabeth</u> Primer Apellido: <u>Salazar</u> Segundo Apellido: <u>Marcelino</u>	
	28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
DEL REG. CIVIL	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>19 de Enero</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>19 de Enero</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>1771</u> 29.4 Núm. Interior: <u>0101</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Vallés</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Ciudad Vallés</u> 29.7 Código Postal: <u>44100</u> 29.8 Localidad: <u>Ciudad Vallés</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: _____ 29.11 Teléfono: _____	
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: <u>18</u> Mes: <u>1</u> Año: <u>2020</u>	
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Num. _____ Libro Num. _____	
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: _____ 32.2 Municipio o Alcaldía: _____ 32.3 Entidad federativa: _____ 32.4 Día: _____ Mes: _____ Año: _____	

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