

# SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCION

FOLIO  
210833274

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCION

MUERTES ACCIDENTALES  
Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)<br><b>CRESENCIANO MARCELINO CONCEPCION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                         |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO<br>25/01/1961                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 3. SEXO<br>Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                          |
| 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br>SAN LUIS POTOSI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |
| 5. CURP<br>MACC610125HSPRNR08                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?<br>No <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/>                                                     |
| 7. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 8. EDAD CUMPLIDA<br>Para menores de una hora: Minutos<br>Para menores de un día: Horas<br>Para menores de un mes: Días<br>Para menores de un año: Meses |
| 9. ESTADO CONYUGAL<br>En unión libre <input checked="" 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 type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL<br>Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)<br>CALLE EMILIANO ZAPATA<br>10.1 Tipo de vía<br>10.2 Nombre de la vía<br>10.3 Núm. Exterior<br>10.4 Núm. Interior<br>10.5 Tipo de asentamiento humano<br>10.6 Nombre del asentamiento humano<br>10.7 Código Postal<br>10.8 Localidad<br>10.9 Municipio o Alcaldía<br>10.10 Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                         |
| 11. ESCOLARIDAD<br>Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                         |
| 12. OCUPACION HABITUAL<br>TRABAJADORES DE LA EDUCACION<br>12.1 Trabajado <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |
| 13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD<br>Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS <input 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 DEFUNCION<br>Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                         |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION<br>CALLE CARRETERA<br>15.1 Tipo de vía<br>15.2 Nombre de la vía<br>15.3 Núm. Exterior<br>15.4 Núm. Interior<br>15.5 Tipo de asentamiento humano<br>15.6 Nombre del asentamiento humano<br>15.7 Código Postal<br>15.8 Localidad<br>15.9 Municipio o Alcaldía<br>15.10 Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                         |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION<br>05/02/2021<br>17:26<br>17. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE?<br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                         |
| 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?<br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)<br>PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente<br>a) MUERTE SIN ASISTENCIA MEDICA<br>Debido a (o como consecuencia de)<br>b) SOSPECHOSO DE COVID19<br>Debido a (o como consecuencia de)<br>c) DIABETES MELLITUS TIPO 2<br>Debido a (o como consecuencia de)<br>d) HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA<br>Debido a (o como consecuencia de)<br>PARTE II<br>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo |                                                                                                                                                         |
| 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCION<br>Código CIE<br>1 HORAS<br>17 DIAS<br>19 AÑOS<br>19 AÑOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                         |
| 21. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE<br>22.1 Fue un presunto<br>Accidente <input 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>Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                         |
| 22.3 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio<br>22.7.1 Tipo de vía<br>22.7.2 Nombre de la vía<br>22.7.3 Núm. Exterior<br>22.7.4 Núm. Interior<br>22.7.5 Tipo de asentamiento humano<br>22.7.6 Nombre del asentamiento humano<br>22.7.7 Código Postal<br>22.7.8 Localidad<br>22.7.9 Municipio o Alcaldía<br>22.7.10 Entidad federativa                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                         |
| 23. NOMBRE<br>ERASTO GAONA AGUILAR<br>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)<br>OTRO PARENTESCO 1 1 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                         |
| 25. CERTIFICADA POR<br>Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                         |
| 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br>Número de la cédula profesional<br>10980486                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                         |
| 27. NOMBRE<br>LUIS ENRIQUE CEBALLOS AHUMADA<br>28. FIRMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                         |
| 29. DOMICILIO Y TELÉFONO<br>BOULEVARD CARRETERA TAMAZUNCHALE<br>29.1 Tipo de vía<br>29.2 Nombre de la vía<br>29.3 Núm. Exterior<br>29.4 Núm. Interior<br>29.5 Tipo de asentamiento humano<br>29.6 Nombre del asentamiento humano<br>29.7 Código Postal<br>29.8 Localidad<br>29.9 Municipio o Alcaldía<br>29.10 Entidad federativa<br>29.11 Teléfono                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                         |
| 30. FECHA DE CERTIFICACION<br>05/02/2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                         |
| 31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO<br>Núm. Libro Núm.<br>31.1 Acta Núm.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                         |
| 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO<br>32.1 Localidad<br>32.2 Municipio o Alcaldía<br>32.3 Entidad federativa<br>32.4 Día<br>32.5 Mes<br>32.6 Año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

210833274