



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
210835813

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

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Gerardo Cabrera Bulos		
2. FECHA DE NACIMIENTO 03/01/1949	3. SEXO Masculino ☒ Femenino ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí
5. CURP CAB6491003HSPBLR08	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? No ☒ Sí ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐
8. EDAD CUMPLIDA Para mayores de una hora: 71 años completos	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Casado ☒	10. RESIDENCIA HABITUAL Antes de fallecer, ¿dónde vivía el fallecido(a)? Prolongación Colonia Troncosos y la Corriente
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐	12. OCUPACIÓN HABITUAL Pensionado	13.1 Número de identificación social o afiliación 4167471126 SM1944PE
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Domicilio de la familia ☐ Hospicio ☐ Clínica o hospital ☐ Casa particular ☐ Otro ☐	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 914 Boulevard Fraccionamiento México - Laredo	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 30/01/2021 21:08
17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar motivos de muerte según los parámetros médicos, etc.) PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. a) COVID-19 b) Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica, confusión aguda c) Lesión Penal Aguda PARTE II: Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte. Hipertensión Secundaria, no especificada		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? No ☒ Sí ☐
19. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 14 A 44 AÑOS 21.1 ¿Esperanza de vida? ☐ No ☒ Sí ☐		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 10 días
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 ¿Fue un accidente? ☐ No ☒ Sí ☐		23. ¿Se practicó la autopsia? No ☒ Sí ☐
24. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Karla Itzel Cabrera Martínez		25. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 10899252
26. DOMICILIO Y TELÉFONO 914 Boulevard Fraccionamiento México - Laredo		27. FECHA DE CERTIFICACIÓN 30/01/2021
28. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO San Luis Potosí		29. FECHA DE REGISTRO 30/01/2021

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD