



41955302173

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

SINBA

FOLIO

212249940

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

C-B
2S
MED
INT

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG.
CIVIL

1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Gerardo</u> <u>Rodriguez</u> <u>Gonzalez</u> Primer Apellido Segundo Apellido					
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>03</u> Mes <u>10</u> Año <u>1953</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Nuevo Leon</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP <u>ROG6531003HNL0NR03</u>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____			
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: Años cumplidos <u>016</u> <u>7</u> Se ignora <input type="radio"/>	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) 10.1 Tipo de vivienda <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la Vialidad <u>Montes Alpes</u> <u>141-A</u> <u>Fraccionamiento</u> <u>Buenos Aires</u> 10.3 Núm. Exterior <u>17949610</u> 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tamuzunchile</u> 10.6 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 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 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 type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2			12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Jefe de Oficina</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>4195530217-1M195302</u>					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <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 <u>Hospital General de Zona #06</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 14.3 Tipo de habitación: Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>914</u> 15.2 Nombre de la Vialidad <u>Fraccionamiento</u> 15.3 Núm. Exterior <u>7949610</u> 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa _____					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>2</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u> Horas <u>12</u> Minutos <u>04</u>			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) <u>Choque Septico</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ b) <u>Síndrome respiratorio agudo sistémico asociado con Covid-19</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ c) <u>Covid-19</u> 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 e) _____ f) _____ g) _____ h) _____ i) _____ j) _____ k) _____ l) _____ m) _____ n) _____ o) _____ p) _____ q) _____ r) _____ s) _____ t) _____ u) _____ v) _____ w) _____ x) _____ y) _____ z) _____ aa) _____ ab) _____ ac) _____ ad) _____ ae) _____ af) _____ ag) _____ ah) _____ ai) _____ aj) _____ ak) _____ al) _____ am) _____ an) _____ ao) _____ ap) _____ aq) _____ ar) _____ as) _____ at) _____ au) _____ av) _____ aw) _____ ax) _____ ay) _____ az) _____ ba) _____ bb) _____ bc) _____ bd) _____ be) _____ bf) _____ bg) _____ bh) _____ bi) _____ bj) _____ bk) _____ bl) _____ bm) _____ bn) _____ bo) _____ bp) _____ bq) _____ br) _____ bs) _____ bt) _____ bu) _____ bv) _____ bw) _____ bx) _____ by) _____ bz) _____ ca) _____ cb) _____ cc) _____ cd) _____ ce) _____ cf) _____ cg) _____ ch) _____ ci) _____ cj) _____ ck) _____ cl) _____ cm) _____ cn) _____ co) _____ cp) _____ cq) _____ cr) _____ cs) _____ ct) _____ cu) _____ cv) _____ cw) _____ cx) _____ cy) _____ cz) _____ da) _____ db) _____ dc) _____ dd) _____ de) _____ df) _____ dg) _____ dh) _____ di) _____ dj) _____ dk) _____ dl) _____ dm) _____ dn) _____ do) _____ dp) _____ dq) _____ dr) _____ ds) _____ dt) _____ du) _____ dv) _____ dw) _____ dx) _____ dy) _____ dz) _____ ea) _____ eb) _____ ec) _____ ed) _____ ee) _____ ef) _____ eg) _____ eh) _____ ei) _____ ej) _____ ek) _____ el) _____ em) _____ en) _____ eo) _____ ep) _____ eq) _____ er) _____ es) _____ et) _____ eu) _____ ev) _____ ew) _____ ex) _____ ey) _____ ez) _____ fa) _____ fb) _____ fc) _____ fd) _____ fe) _____ ff) _____ fg) _____ fh) _____ fi) _____ fj) _____ fk) _____ fl) _____ fm) _____ fn) _____ fo) _____ fp) _____ fq) _____ fr) _____ fs) _____ ft) _____ fu) _____ fv) _____ fw) _____ fx) _____ fy) _____ fz) _____ ga) _____ gb) _____ gc) _____ gd) _____ ge) _____ gf) _____ gg) _____ gh) _____ gi) _____ gj) _____ gk) _____ gl) _____ gm) _____ gn) _____ go) _____ gp) _____ gq) _____ gr) _____ gs) _____ gt) _____ gu) _____ gv) _____ gw) _____ gx) _____ gy) _____ gz) _____ ha) _____ hb) _____ hc) _____ hd) _____ he) _____ hf) _____ hg) _____ hh) _____ hi) _____ hj) _____ hk) _____ hl) _____ hm) _____ hn) _____ ho) _____ hp) _____ hq) _____ hr) _____ hs) _____ ht) _____ hu) _____ hv) _____ hw) _____ hx) _____ hy) _____ hz) _____ ia) _____ ib) _____ ic) _____ id) _____ ie) _____ if) _____ ig) _____ ih) _____ ii) _____ ij) _____ ik) _____ il) _____ im) _____ in) _____ io) _____ ip) _____ iq) _____ ir) _____ is) _____ it) _____ iu) _____ iv) _____ iw) _____ ix) _____ iy) _____ iz) _____ ja) _____ jb) _____ jc) _____ jd) _____ je) _____ jf) _____ jg) _____ jh) _____ ji) _____ jj) _____ jk) _____ jl) _____ jm) _____ jn) _____ jo) _____ jp) _____ jq) _____ jr) _____ js) _____ jt) _____ ju) _____ jv) _____ jw) _____ jx) _____ jy) _____ jz) _____ ka) _____ kb) _____ kc) _____ kd) _____ ke) _____ kf) _____ kg) _____ kh) _____ ki) _____ kj) _____ kk) _____ kl) _____ km) _____ kn) _____ ko) _____ kp) _____ kq) _____ kr) _____ ks) _____ kt) _____ ku) _____ kv) _____ kw) _____ kx) _____ ky) _____ kz) _____ la) _____ lb) _____ lc) _____ ld) _____ le) _____ lf) _____ lg) _____ lh) _____ li) _____ lj) _____ lk) _____ ll) _____ lm) _____ ln) _____ lo) _____ lp) _____ lq) _____ lr) _____ ls) _____ lt) _____ lu) _____ lv) _____ lw) _____ lx) _____ ly) _____ lz) _____ ma) _____ mb) _____ mc) _____ md) _____ me) _____ mf) _____ mg) _____ mh) _____ mi) _____ mj) _____ mk) _____ ml) _____ mn) _____ mo) _____ mp) _____ mq) _____ mr) _____ ms) _____ mt) _____ mu) _____ mv) _____ mw) _____ mx) _____ my) _____ mz) _____ na) _____ nb) _____ nc) _____ nd) _____ ne) _____ nf) _____ ng) _____ nh) _____ ni) _____ nj) _____ nk) _____ nl) _____ nm) _____ nn) _____ no) _____ np) _____ nq) _____ nr) _____ ns) _____ nt) _____ nu) _____ nv) _____ nw) _____ nx) _____ ny) _____ nz) _____ oa) _____ ob) _____ oc) _____ od) _____ oe) _____ of) _____ og) _____ oh) _____ oi) _____ oj) _____ ok) _____ ol) _____ om) _____ on) _____ oo) _____ op) _____ oq) _____ or) _____ os) _____ ot) _____ ou) _____ ov) _____ ow) _____ ox) _____ oy) _____ oz) _____ pa) _____ pb) _____ pc) _____ pd) _____ pe) _____ pf) _____ pg) _____ ph) _____ pi) _____ pj) _____ pk) _____ pl) _____ pm) _____ pn) _____ po) _____ pp) _____ pq) _____ pr) _____ ps) _____ pt) _____ pu) _____ pv) _____ pw) _____ px) _____ py) _____ pz) _____ qa) _____ qb) _____ qc) _____ qd) _____ qe) _____ qf) _____ qg) _____ qh) _____ qi) _____ qj) _____ qk) _____ ql) _____ qm) _____ qn) _____ qo) _____ qp) _____ qq) _____ qr) _____ qs) _____ qt) _____ qu) _____ qv) _____ qw) _____ qx) _____ qy) _____ qz) _____ ra) _____ rb) _____ rc) _____ rd) _____ re) _____ rf) _____ rg) _____ rh) _____ ri) _____ rj) _____ rk) _____ rl) _____ rm) _____ rn) _____ ro) _____ rp) _____ rq) _____ rr) _____ rs) _____ rt) _____ ru) _____ rv) _____ rw) _____ rx) _____ ry) _____ rz) _____ sa) _____ sb) _____ sc) _____ sd) _____ se) _____ sf) _____ sg) _____ sh) _____ si) _____ sj) _____ sk) _____ sl) _____ sm) _____ sn) _____ so) _____ sp) _____ sq) _____ sr) _____ ss) _____ st) _____ su) _____ sv) _____ sw) _____ sx) _____ sy) _____ sz) _____ ta) _____ tb) _____ tc) _____ td) _____ te) _____ tf) _____ tg) _____ th) _____ ti) _____ tj) _____ tk) _____ tl) _____ tm) _____ tn) _____ to) _____ tp) _____ tq) _____ tr) _____ ts) _____ tt) _____ tu) _____ tv) _____ tw) _____ tx) _____ ty) _____ tz) _____ ua) _____ ub) _____ uc) _____ ud) _____ ue) _____ uf) _____ ug) _____ uh) _____ ui) _____ uj) _____ uk) _____ ul) _____ um) _____ un) _____ uo) _____ up) _____ uq) _____ ur) _____ us) _____ ut) _____ uu) _____ uv) _____ uw) _____ ux) _____ uy) _____ uz) _____ va) _____ vb) _____ vc) _____ vd) _____ ve) _____ vf) _____ vg) _____ vh) _____ vi) _____ vj) _____ vk) _____ vl) _____ vm) _____ vn) _____ vo) _____ vp) _____ vq) _____ vr) _____ vs) _____ vt) _____ vu) _____ vv) _____ vw) _____ vx) _____ vy) _____ vz) _____ wa) _____ wb) _____ wc) _____ wd) _____ we) _____ wf) _____ wg) _____ wh) _____ wi) _____ wj) _____ wk) _____ wl) _____ wm) _____ wn) _____ wo) _____ wp) _____ wq) _____ wr) _____ ws) _____ wt) _____ wu) _____ wv) _____ ww) _____ wx) _____ wy) _____ wz) _____ xa) _____ xb) _____ xc) _____ xd) _____ xe) _____ xf) _____ xg) _____ xh) _____ xi) _____ xj) _____ xk) _____ xl) _____ xm) _____ xn) _____ xo) _____ xp) _____ xq) _____ xr) _____ xs) _____ xt) _____ xu) _____ xv) _____ xw) _____ xx) _____ xy) _____ xz) _____ ya) _____ yb) _____ yc) _____ yd) _____ ye) _____ yf) _____ yg) _____ yh) _____ yi) _____ yj) _____ yk) _____ yl) _____ ym) _____ yn) _____ yo) _____ yp) _____ yq) _____ yr) _____ ys) _____ yt) _____ yu) _____ yv) _____ yw) _____ yx) _____ yy) _____ yz) _____ za) _____ zb) _____ zc) _____ zd) _____ ze) _____ zf) _____ zg) _____ zh) _____ zi) _____ zj) _____ zk) _____ zl) _____ zm) _____ zn) _____ zo) _____ zp) _____ zq) _____ zr) _____ zs) _____ zt) _____ zu) _____ zv) _____ zw) _____ zx) _____ zy) _____ zz) _____					
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____					
21. SI LA DEFUNCIÓN 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			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
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 <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 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 vivienda _____ 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 Nombre(s) <u>Ma. Antonia</u> <u>Martinez</u> <u>Rivera</u> Primer Apellido Segundo Apellido			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>España</u>		
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input 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 MÉDICO <u>7703490</u> Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Carlos Alberto</u> <u>Castillo</u> <u>Valdez</u> Primer Apellido Segundo Apellido			28. FIRMA <u>Carlos A. Castillo</u>		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>914</u> 29.2 Nombre de la Vialidad <u>Fraccionamiento</u> 29.3 Núm. Exterior <u>7949610</u> 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>12</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u>		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____			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 MUERTES DEL SECTOR SALUD