



41058406996

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

SINBA

FOLIO

212249941

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FE de exequias aparta 12: expedición para 2017
Cualquier Empleado de Gobierno

DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

C-3
25 MED
INT

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUELTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG.
CIVIL

1. NOMBRE DEL DE LA FALLECIDO(A) Luis Gerardo Ponce Flores		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
2. FECHA DE NACIMIENTO 17/10/81		5. CURP PONEL810817HD PNLIS1061		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Especifique		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: 37 Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Vuelto(a) ☐ Casado(a) ☒ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(a) fallecido(a) Calle Colonia Francisco Villa		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ SEDENA ☐ Seg. Popular / INSABI ☐ Otra ☐		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Otra unidad médica privada ☐		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Ciudad Valles	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 20/10/2021 12:21		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) Choque séptico Debido a (o como consecuencia de) Covid-19 b) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE R572		21. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS? 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒	
22. ¿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 ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐	
22.7 Anote 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		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Suegro		25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique	
26. FIRMA 4034 841		27. NOMBRE Mario Antonio Laredo Lopez		28. FECHA DE CERTIFICACIÓN 20/10/2021	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda 29.2 Nombre de la vivienda 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono		30. FECHA DE REGISTRO 30.1 Acta Núm. 30.2 Localidad 30.3 Municipio o Alcaldía 30.4 Día 30.5 Mes 30.6 Año		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO 31.1 Acta Núm. 31.2 Localidad 31.3 Municipio o Alcaldía 31.4 Día 31.5 Mes 31.6 Año	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTÁ 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA