



41763500208  
SM1935PE

SECRETARÍA DE SALUD SINBA  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN 418

FOLIO  
212249943

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SI LA DEFUNCIÓN FUE LEVANTADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PLAZO DE CINCO DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES

212249943

1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Servando</u> Primer Apellido <u>Gonzalez</u> Segundo Apellido <u>Rubio</u>				
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>12</u> Mes <u>11</u> Año <u>1935</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Tlaxcala</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP <u>GORIS351102134HTSINBNG05</u>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <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 <u>03</u> Para menores de un día: Horas <u>03</u> Para menores de un mes: Días <u>03</u> Para menores de un año: Meses <u>03</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>085</u> Se ignora <input type="radio"/>	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" 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>Localidad</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>San José</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>741234</u> 10.4 Núm. Interior: <u>14 de Enero</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal: <u>74100</u> 10.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>				
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>Completa</u> 11.2 Ocupación habitual: <u>Trabajador</u> Se ignora <input type="radio"/>				
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajador: Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Ocupación: <u>Trabajador</u> 12.3 Número de seguridad social o afiliación: <u>4176350020-SM1935PE</u>				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSAI <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General de Convalecencia</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>14 de Enero</u>				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Localidad</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>14 de Enero</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>74100</u> 15.4 Núm. Interior: <u>14 de Enero</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal: <u>74100</u> 15.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>12</u> Mes <u>11</u> Año <u>2021</u> Horas <u>10</u> Minutos <u>10</u>			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) <u>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de): b) <u>Covid-19</u> Debido a (o como consecuencia de): c) <u>Hipertensión Esencial primaria</u> Debido a (o como consecuencia de): d) <u>Años</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo: e) <u>Hipertensión Esencial primaria</u> f) <u>Años</u> 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u>7 h15</u> 3 días			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 21.1 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 21.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente: Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 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 vivienda: 22.7.3 Núm. Exterior: <u>74100</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>14 de Enero</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 22.7.7 Código Postal: <u>74100</u> 22.7.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 22.7.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>			23. NOMBRE Nombre(s) <u>Minerva</u> Primer Apellido <u>Duque</u> Segundo Apellido <u>Gonzalez</u> 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): <u>Sobrina</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> *Especifique: 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <u>4034841</u>			27. NOMBRE Nombre(s) <u>Minerva</u> Primer Apellido <u>Duque</u> Segundo Apellido <u>Gonzalez</u> 28. FIRMA: <u>4034841</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Localidad</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>14 de Enero</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>74100</u> 29.4 Núm. Interior: <u>14 de Enero</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal: <u>74100</u> 29.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u>74100</u>			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>12</u> Mes <u>11</u> Año <u>2021</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <u>1</u> Libro Núm. <u>1</u> 31.1 Acta Núm. <u>1</u>			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 32.2 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 32.3 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día: <u>12</u> Mes: <u>11</u> Año: <u>2021</u>	

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