

# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1  
FOLIO  
210830200

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)<br><b>Aurelio Gamboa Diaz de Leon</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 2. SEXO<br><input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora                                                                                                                           |  | 3. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br><b>Zacatecas</b>                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| 4. FECHA DE NACIMIENTO<br><b>12/8/03</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 5. EDAD<br><b>14</b>                                                                                                                                                                                                                     |  | 6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br><input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora                                                                                                                                                                        |  |
| 7. NACIONALIDAD<br><b>Mexicana</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 8. ESTADO CONYUGAL<br><input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora  |  | 9. ¿MADURABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br><input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora                                                                                                                                                                     |  |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL<br>Antes el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)<br><b>Calle 116 Colonia Jardines Del Sur</b>                                                                                                                                                                                                   |  | 11. ESTADO CONYUGAL<br><input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora |  | 12. OCUPACIÓN HABITUAL<br><b>Ninguna</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| 13. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>13.1 Núm. Exterior 13.2 Núm. Interior<br><b>1112</b>                                                                                                                                                                                                                                     |  | 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>14.1 Nombre de la unidad médica<br><b>Hospital General Salcedo</b>                                                                                                                               |  | 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>15.1 Núm. Exterior 15.2 Núm. Interior<br><b>1718/4316</b>                                                                                                                                                                                                    |  |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br>16.1 Día 16.2 Mes 16.3 Año 16.4 Hora 16.5 Minutos<br><b>12/9/10 02:02</b>                                                                                                                                                                                                                        |  | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br><input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora                                                             |  | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?<br><input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO                                                                                                                                                                                                              |  |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN<br>Anotar una sola causa en cada renglón. Evitar señalar modos de morir (ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)<br>a) <b>Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda</b><br>b) <b>Neumonía Pb. crónico</b><br>c) <b>Debido a (o como consecuencia de)</b><br>d) <b>Debido a (o como consecuencia de)</b> |  | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br>Código CIE<br><b>G65.0</b>                                                                                                                                                                              |  | 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 54 AÑOS<br>21.1 ¿Embarazo o parto?<br><input type="radio"/> Embarazo <input type="radio"/> Parto <input type="radio"/> Puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte                              |  |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE<br>22.1 Fue un presunto<br><input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora                                                                                                                    |  | 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br><input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora                                                                                             |  | 22.3 ¿Situación de la lesión?<br><input type="radio"/> Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <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 |  |
| 22.4 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio<br><b>1112</b>                                                                                                                                                                                                                          |  | 22.5 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio<br><b>1718/4316</b>                                                                                                                         |  | 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio<br><b>Salcedo</b>                                                                                                                                                |  |
| 23. NOMBRE<br>23.1 Nombre 23.2 Primer Apellido 23.3 Segundo Apellido<br><b>Veronica Gamboa Hernandez</b>                                                                                                                                                                                                                             |  | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)<br><b>Hijo</b>                                                                                                                                                                                    |  | 25. CERTIFICADA POR<br>25.1 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. NOMBRE<br>26.1 Nombre 26.2 Primer Apellido 26.3 Segundo Apellido<br><b>Leticia Tera Tera</b>                                                                                                                                                                                                                                     |  | 27. DOMICILIO Y TELÉFONO<br>27.1 Tipo de vivienda 27.2 Nombre de la vivienda 27.3 Núm. Exterior 27.4 Núm. Interior<br><b>1718/4316</b>                                                                                                   |  | 28. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br>28.1 Día 28.2 Mes 28.3 Año<br><b>12/9/10</b>                                                                                                                                                                                                                               |  |
| 29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO<br><b>Salcedo</b>                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO<br>30.1 Lugar 30.2 Fecha<br><b>Salcedo</b>                                                                                                                                                                 |  | 31. FECHA DE REGISTRO<br>31.1 Día 31.2 Mes 31.3 Año<br><b>12/9/10</b>                                                                                                                                                                                                                                    |  |



210830200