

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Rolando</u> <u>Castillo</u> <u>Guerrero</u>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Tamaulipas</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>26</u> <u>11</u> <u>1964</u>		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	
5. CURP <u>CAGR641126HTSSRL05</u>		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Sí ☐ Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐		8. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
9. EDAD CUMPLIDA Años <u>06</u> Meses <u>5</u>		10. RESIDENCIA HABITUAL 10.1 Tipo de vivienda: <u>29</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Colonia</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>183435</u> 10.4 Núm. Interior: <u>Matamoros</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Matamoros</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Matamoros</u> 10.7 Código Postal: <u>29000</u> 10.8 Localidad: <u>Matamoros</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>Tamaulipas</u> 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): <u>Tamaulipas</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Bachillerato o preparatoria ☒ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Comerciante</u> 12.1 Trabaja: <u>Sí</u> No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ IMSS PROSPERA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General de Salud</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>Valentin Aranda</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>112</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Colonia</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>78436</u> 15.4 Núm. Interior: <u>Soledad</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Soledad de Guerrero</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal: <u>78436</u> 15.8 Localidad: <u>Soledad</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>22</u> Mes <u>07</u> Año <u>2020</u> Horas <u>09</u> Minutos <u>49</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Neumonía</u> por <u>Covid-19</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Hipertensión arterial</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>4 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 <u>4 años</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>7 días</u> <u>4 años</u> <u>4 años</u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>78436</u>		21. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí ☐ No ☒	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: <u>Accidente</u> ☒ 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 ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): <u>4 años</u> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>22072020</u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>22072020</u> 22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: <u>29</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u>Colonia</u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u>183435</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>Matamoros</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Matamoros</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Matamoros</u> 22.7.7 Código Postal: <u>29000</u> 22.7.8 Localidad: <u>Matamoros</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>Tamaulipas</u> 22.7.10 Entidad federativa: <u>Tamaulipas</u>		23. NOMBRE <u>Dolores</u> <u>Hernández</u> <u>Zamarrón</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico* ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil* ☐ Otro* ☐ *Especifique: <u>Texas</u>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>10216516</u> Número de la cédula profesional		27. NOMBRE <u>Lehcia</u> <u>Texas</u> <u>Texas</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. FIRMA <u>[Firma]</u>		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>112</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Colonia</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>78436</u> 29.4 Núm. Interior: <u>Soledad</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Soledad de Guerrero</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal: <u>78436</u> 29.8 Localidad: <u>Soledad</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u>22072020</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>22</u> Mes <u>07</u> Año <u>2020</u>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <u>22072020</u> Libro Núm. <u>22072020</u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>Soledad</u> 32.2 Fecha de registro: <u>22072020</u> 32.3 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día <u>22</u> Mes <u>07</u> Año <u>2020</u>		33. SECRETARÍA DE SALUD	



200626032