

"SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	MURCIA	GALVAN	HERNANDEZ
DEL FALLECIDO	2. FECHA DE NACIMIENTO 26 / 11 / 1949		3. SEXO ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ Se ignora	
	5. CURP GAHM491126MSPLRR04		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? ☒ Si ☐ No ☐ Se ignora	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: _____ Para menores de un día: _____ Para menores de un mes: _____ Para menores de un año: _____ Para personas de un año o más: 071 Años cumplidos		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: Callejon del Chote 10.2 Nombre de la vivienda: Barrio de San Miguel		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Se ignora	
	10.3 Núm. Exterior: 79960 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: Tamazunchale		10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Fotosi	
	10.7 Código Postal: 10.8 Localidad: 10.9 Municipio o Alcaldía:		10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero):	
DE LA DEFUNCIÓN	11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Prescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Tercera ☐ Superior ☐ Incompleta ☐ Completa ☐ Se ignora		12. OCUPACIÓN HABITUAL Estilista	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otro ☐ Se ignora		13.1 Número de seguridad social o afiliación:	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ Se ignora		14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital Comunitario Tamazunchale	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN KM 6.5 Ejido La Pitahaya		15.1 Tipo de vivienda: Carretera	
	15.3 Núm. Exterior: 79960 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: Tamazunchale		15.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Fotosi	
	15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: 15.9 Municipio o Alcaldía:		15.10 Entidad federativa:	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: 06 Mes: 06 Año: 2020 Hora: 15 Minuto: 32		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☒ Si ☐ No ☐ Se ignora	
	18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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: Insuficiencia respiratoria aguda Causas antecedentes: Estados moribundos, si existiera alguno, que produjeron la causa congnada arriba mencionada, en último lugar la causa básica: Neumonía atípica CASO SOSPECHOSO DE COVID-19 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moribundo que la produjo: Hipertensión arterial sistémica Obesidad grado I		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 12 hrs. 72 hrs. 1 semana 50 años 20 años	
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		21.2 Las causas anotadas incluyen complicaciones, complicación del embarazo, parto o puerperio? ☒ Si ☐ No ☐ Se ignora	
	22. SI 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? ☐ Si ☐ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva (taller, fábrica u obra) ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(ia) 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: 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:		22.8 Entidad federativa:	
DEL CERTIFICANTE	23. NOMBRE DEL CERTIFICANTE BEATRIZ MONSERRAT GONZALEZ GALVAN		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Sobrina	
	25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ 25.1 Especifique: 25.2 Nombre: MATEOS DE JESUS SANCHEZ ESPINOSA 25.3 Domicilio y teléfono: CARRETERA SAN MARTIN TAMAZUNCHALE KM 6.5 EJIDO LA PITAHAYA 25.4 Tipo de vivienda: Carretera 25.5 Nombre de la vivienda: La Pitahaya 25.6 Núm. Exterior: 79960 25.7 Núm. Interior: 25.8 Tipo de asentamiento humano: Tamazunchale 25.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Fotosi 25.10 Entidad federativa:		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 4431865 Número de la cédula profesional: 26. FIRMA:	
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm.: Libro Núm.:		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: 32.2 Municipio o Alcaldía: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día: 06 Mes: 06 Año: 2020	