



# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

212718812

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) <b>DANIEL GARCIA SANCHEZ</b>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>SAN LUIS POTOSI</b>
2. FECHA DE NACIMIENTO <b>20/04/1984</b>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? No <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. CURP <b>GAED480422HSPRIN07</b>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: <b>0</b> años, <b>7</b> meses, <b>3</b> días Para menores de un día: <b>0</b> horas, <b>0</b> minutos Para menores de un mes: <b>0</b> días Para menores de un año o más: <b>0</b> años, <b>7</b> meses, <b>3</b> días		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input 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): <b>CALLE</b> vialidad <b>FRANCISCO I. MADERO</b> 10.3 Tipo de asentamiento humano <b>NINGUNO</b> 10.4 Núm. Exterior <b>7</b> 10.5 Núm. Interior <b>109</b> 10.6 Tipo de asentamiento humano <b>TENEXITLA DOS</b> 10.7 Código Postal <b>71090</b> 10.8 Entidad federativa <b>TAMPACAN</b> 10.9 Entidad federativa en el extranjero <b>SAN LUIS POTOSI</b>		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/> La escolaridad seleccionada es: <b>TRAB. ACT. AGRIC. GANAD. SILVIC. CAZA Y PESQ.</b>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>GARE861022/5</b>		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <b>582</b>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 15.1 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <b>582</b>	

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>20/04/2020</b> a las <b>02</b> horas y <b>00</b> minutos		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 PRACTICÓ 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, asfonia, etc.) a) <b>NEUMONÍA VIRAL COVID-19</b> Debido a (o como consecuencia de): b) <b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA</b> Debido a (o como consecuencia de): c) <b>4 AÑOS</b> d) <b>6 DIAS</b>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <b>6</b>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias 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 <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input 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"/> 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"/>	
22.5 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 vialidad <b>BOULEVARD</b> 22.7.2 Nombre de la vialidad <b>BOULEVARD ISSSTE</b> 22.7.3 Núm. Exterior <b>7</b> 22.7.4 Núm. Interior <b>109</b> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <b>TAMAZUNCHALE</b> 22.7.6 Localidad <b>TAMAZUNCHALE</b> 22.7.7 Código Postal <b>71090</b> 22.7.8 Municipio o Alcaldía <b>TAMAZUNCHALE</b> 22.7.9 Entidad federativa <b>SAN LUIS POTOSI</b> 22.7.10 Entidad federativa <b>SAN LUIS POTOSI</b>		24. PARENTESCO CON EL(LE LA) FALLECIDO(A) Hijo(a) <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input checked="" 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"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de identificación profesional <b>9720651</b>	
27. NOMBRE <b>ANDRÉS ALVAREZ ANDRADE</b>		28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Localidad <b>BOULEVARD ISSSTE</b> 29.2 Tipo de asentamiento humano <b>TAMAZUNCHALE</b> 29.3 Núm. Exterior <b>7</b> 29.4 Núm. Interior <b>109</b> 29.5 Tipo de asentamiento humano <b>TAMAZUNCHALE</b> 29.6 Localidad <b>TAMAZUNCHALE</b> 29.7 Municipio o Alcaldía <b>TAMAZUNCHALE</b> 29.8 Entidad federativa <b>SAN LUIS POTOSI</b> 29.9 Entidad federativa <b>SAN LUIS POTOSI</b> 29.10 Entidad federativa <b>SAN LUIS POTOSI</b>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>20/04/2020</b>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <b>1</b> Libro Núm. <b>1</b> 31.1 Acta Núm. <b>1</b>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <b>TAMAZUNCHALE</b> 32.2 Municipio o Alcaldía <b>TAMAZUNCHALE</b> 32.3 Entidad federativa <b>SAN LUIS POTOSI</b> 32.4 Día <b>20</b> Mes <b>04</b> Año <b>2020</b>	

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