



**SECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

**212718812**

**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

|  |  |   |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|--|
| 1. NOMBRE<br>DEL(LE) FALLECIDO(A)  |  | DANIEL  |  | P. GARCIA  |  | S. GARCIA  |  |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO   |  | 3. SEXO   |  | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO   |  | 2 4  |  |
| 2 Día 2 Mes 4 Año 4 8  |  | Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9                                   |  | SAN LUIS POTOSI  |  | Se ignora <input type="radio"/> 9  |  |
| 5. CURP  |  | 6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA?   |  | 7. NACIONALIDAD  |  |  |  |
| G-A-F-D-4-8-0-4-2-2-H-S-P-R-I-N-0-7  |  | Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9   |  | Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique  |  | Se ignora <input type="radio"/> 9  |  |
| 8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora  |  | Para menores de un día  |  | Para menores de un mes   |  | Para menores de un año   |  |
| Minutos  |  | Horas   |  | Días   |  | Meses  |  |
| Para menores de 28 días anote:<br>8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:   |  | 8.2 Semanas de gestación:   |  | 8.3 Peso (gramos):   |  | Para personas de un año o más  |  |
|  |  |   |  |  |  | 0 7 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 Años cumplidos   |  |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL<br>Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) 1 CALLE vialidad  |  |   |  |  |  |  |  |
| 10.3 Núm. Exterior   |  | 10.4 Núm. Interior  |  | 10.5 Tipo de asentamiento humano   |  | 10.6 Entidad federativa donde vivía el fallecido(a) en el extranjero   |  |
| 7-19 Código Postal   |  | NINGUNO   |  | TAMPACAN   |  | TENEXITLA DOS  |  |
| 11. ESCOLARIDAD  |  |   |  |  |  |  |  |
| Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5  |  | Bachillerato <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10                              |  | Se ignora <input type="radio"/> 99   |  | 11.1 La escolaridad seleccionada es:<br>Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2  |  |
| 12. OCUPACIÓN HABITUAL   |  |   |  |  |  |  |  |
| TRAB. ACT. AGRIC. CANAL <input type="radio"/> 1-1  |  | SILVICO CAZA Y PESC. <input type="radio"/> 2  |  | No <input type="radio"/> 2   |  | Se ignora <input type="radio"/> 99   |  |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 |  |   |  |  |  |  |  |
| IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10   |  | IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10   |  | Se ignora <input type="radio"/> 99   |  | 13.1 Número de seguridad social o afiliación GARE861022/5  |  |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN   |  |   |  |  |  |  |  |
| Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9                           |  | Otra unidad pública <input type="radio"/> 8   |  | 14.1 Nombre de la localidad S  |  | Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12   |  |
| IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6   |  | 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 2   |  | Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99  |  |  |  |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN BOULEVARD ad Boulevard sessanta ad  |  |   |  |  |  |  |  |
| 15.3 Núm. Exterior   |  | 15.4 Núm. Interior  |  | 15.5 Tipo de asentamiento humano   |  | 15.6 Nombre de la localidad Tamazunchale   |  |
| 7-19 Código Postal   |  | TAMAZUNCHALE  |  | TAMAZUNCHALE   |  | SAN LUIS POTOSI  |  |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN   |  |   |  |  |  |  |  |
| 2 Día 0 Mes 2 Año 2 1 Horas 3 Minutos 0  |  |   |  | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?   |  | 18. ¿SE PRÁCTICO NECROPSIA?  |  |
| SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99   |  |   |  | SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99   |  | SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2  |  |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)   |  |   |  |  |  |  |  |
| PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente   |  |   |  |  |  |  |  |
| a) NEUMONIA VIRAL COVID-19<br>Debido a (o como consecuencia de)  |  |   |  |  |  |  |  |
| Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa principal, mencionándose en último lugar la causa básica  |  |   |  |  |  |  |  |
| b) Debido a (o como consecuencia de)   |  |   |  |  |  |  |  |
| c) Debido a (o como consecuencia de)   |  |   |  |  |  |  |  |
| d) Debido a (o como consecuencia de)   |  |   |  |  |  |  |  |
| PARTE II<br>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte y estén relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo  |  |   |  |  |  |  |  |
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA  |  |   |  |  |  |  |  |
| 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"/> 1  |  | El parto <input type="radio"/> 2  |  | El puerperio <input type="radio"/> 3   |  | 21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?  |  |
| 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4  |  | No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5  |  | SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2  |  | SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2  |  |
| 21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?   |  |   |  |  |  |  |  |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:   |  |   |  |  |  |  |  |
| 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99   |  |   |  |  |  |  |  |
| SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99   |  | 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?  |  | Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 |  | Área industrial <input type="radio"/> 5 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 |  |
| 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 |  |  |  | Granja <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9  |  |
| 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio   |  |   |  |  |  |  |  |
| 22.7.1 Tipo de vialidad  |  |   |  |  |  |  |  |
| 22.7.2 Nombre de la vialidad   |  |   |  |  |  |  |  |
| 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  |  |   |  |  |  |  |  |
| 22.7.10 Entidad federativa   |  |   |  |  |  |  |  |
| 23. NOMBRE   |  |   |  |  |  |  |  |
| GARCIA   |  |   |  | REYES  |  |  |  |
| Nombre(s) P. apellido(s) M. apellido(s)  |  |   |  | LHDQ Segundo apellido  |  |  |  |
| 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)   |  |   |  |  |  |  |  |
| 25. CERTIFICADA POR  |  |   |  |  |  |  |  |
| Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3  |  |   |  |  |  |  |  |
| Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 *Especifique  |  |   |  |  |  |  |  |
| 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO   |  |   |  |  |  |  |  |
| Número de identificación profesional 720651  |  |   |  |  |  |  |  |
| 27. NOMBRE   |  |   |  |  |  |  |  |
| ANDRES   |  |   |  | ALVAREZ ANDRADE  |  |  |  |
| 28. FIRMA  |  |   |  |  |  |  |  |
| 29. DOMICILIO Y TELÉFONO   |  |   |  |  |  |  |  |
| BOULEVARD ad BOULEVARD ISSSTE  |  |   |  |  |  |  |  |
| 29.6 Núm. Exterior 29.7 Núm. Interior  |  |   |  |  |  |  |  |
| 29.8 Código Postal   |  |   |  |  |  |  |  |
| 29.9 Teléfono  |  |   |  |  |  |  |  |
| 29.10 Número de teléfono   |  |   |  |  |  |  |  |
| 29.11 Teléfono   |  |   |  |  |  |  |  |
| 30. FECHA DE CERTIFICACION   |  |   |  |  |  |  |  |
| 2 Día 2 Mes 2 Año 2  |  |   |  |  |  |  |  |
| DE MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS  |  |   |  |  |  |  |  |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO  |  |   |  |  |  |  |  |
| Número _____ Libre Núm. _____  |  |   |  |  |  |  |  |
| 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO  |  |   |  |  |  |  |  |
| 32.1 Localidad   |  |   |  |  |  |  |  |
| 32.2 Municipio o Alcaldía  |  |   |  |  |  |  |  |
| 32.3 Entidad federativa  |  |   |  |  |  |  |  |
| 32.4 Día Mes Año   |  |   |  |  |  |  |  |
| DE DEL CERTIFICANTE  |  |   |  |  |  |  |  |
| 33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO  |  |   |  |  |  |  |  |
| Número _____ Libre Núm. _____  |  |   |  |  |  |  |  |
| 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO  |  |   |  |  |  |  |  |
| 34.1 Localidad   |  |   |  |  |  |  |  |
| 34.2 Municipio o Alcaldía  |  |   |  |  |  |  |  |
| 34.3 Entidad federativa  |  |   |  |  |  |  |  |
| 34.4 Día Mes Año   |  |   |  |  |  |  |  |
| DE REG. CIVIL  |  |   |  |  |  |  |  |
| ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3 <sup>a</sup> COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD   |  |   |  |  |  |  |  |

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