

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) OSVALDO DE JESSE DIMAS CEROA Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
2. CURP [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Se ignora 099	3. SEXO Hombre 001 Mujer 002 Se ignora 099
4. NACIONALIDAD Mexicana 001 Otra 002 Se ignora 099	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí 001 No 002 Se ignora 099
6. PESO [] [] Kilogramos Gramos	7. TALLA [] [] Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO 1 1 0 9 2 0 1 5 Día Mes Año	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos Se ignora 099
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre 004 Separado(a) 006 Divorciado(a) 003 Viudo(a) 002 Soltero(a) 001 Casado(a) 005 Se ignora 099
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivió el fallecido(a) 16 DE SEPTIEMBRE 3 RANCHERIA AZOGUELOS SALINAS DE HIDALGO 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad SALINAS DE HIDALGO SAN LUIS POTOSÍ 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna 001 Primaria incompleta 002 Secundaria incompleta 004 Bachillerato o preparatoria incompleta 011 Profesional 007 Se ignora 099 Preescolar 012 Primaria completa 003 Secundaria completa 005 Bachillerato o preparatoria completa 006 Posgrado 010	13. OCUPACIÓN HABITUAL NINGUNA 13.1 Trabajaba Sí 001 No 002 Se ignora 099
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 001 ISSSTE 003 SEDENA 005 Seguro Popular 007 Otra 008 IMSS 002 PEMEX 004 SEMAR 006 IMSS Oportunidades 010 Se ignora 099	14.1 Número de seguridad social o afiliación [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 001 IMSS 003 PEMEX 005 SEMAR 007 Unidad médica pública 009 IMSS Oportunidades 002 ISSSTE 004 SEDENA 006 Otra unidad pública 008	HOSPITAL CENTRAL DE IGUALDAD MEDICAL PRIETO 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN AV VERUSTIANO 2395 LOS FILTROS SAN LUIS POTOSÍ 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad SAN LUIS POTOSÍ SAN LUIS POTOSÍ 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 1 8 0 9 2 0 1 5 2 3 : 3 5 Día Mes Año Horas Minutos
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí 001 No 002 Se ignora 099	19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí 001 No 002
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) BRONCOASPIRACION Debido a (o como consecuencia de) b) SHOCK HIPOVOLEMICO Debido a (o como consecuencia de) c) DESHIDRATACION SEVERA Debido a (o como consecuencia de) d) GASTROENTERITIS PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 30 MIN 4 H 12 H 4 DÍAS Código CIE [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 001 El parto 002 El puerperio 003 43 días a 11 meses después del parto o aborto 004 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 005	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí 001 No 002
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente 001 Homicidio 002 Suicidio 003 Se ignora 099 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí 001 No 002 Se ignora 099 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 000 Área deportiva 003 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 001 Calle o carretera (vía pública) 004 Escuela u oficina pública 002 Área comercial o de servicios 005 Se ignora 099	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
23.7 Solo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa	24. NOMBRE ENRIQUE DE JESUS RODRIGUEZ ISCARREDO Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno
25. CERTIFICADA POR Médico tratante 001 Médico legista 002 Otro médico 003 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 004 Autoridad civil 005 Otro 008	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) PADRE
26. NOMBRE DR INGRID ADRIANA LOPEZ CHENTE SOTO Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 7401235 Número de la cédula profesional
29. TELÉFONO [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	30. DOMICILIO AV. VERUSTIANO GARRAZZA 2395 COL LOS FILTROS, SLP.
31. FIRMA [Firma]	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 1 8 0 9 2 0 1 5 Día Mes Año
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 5 Libro Núm. 5 33.1 Acta Núm. 3036	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad San Luis Potosí 34.2 Municipio o delegación Santa Rosa 34.3 Entidad federativa San Luis Potosí 34.4 Día Mes Año 19 09 2015

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD