

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

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.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Estela Arriaga Quiroz</b>		Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
	2. FECHA DE NACIMIENTO <b>08/09/1958</b>		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>San Luis Potosí</b>		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
	5. CURP <b>ESTELA ARIAGA QUIROZ 580908 H</b>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique		Se ignora <input type="radio"/> 9	
	8. 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: <b>058</b> Años cumplidos		Se ignora <input type="radio"/> 9	
	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>116 Villa Cerro de la Silla</b>		10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad	
	10.3 Núm. Exterior <b>781116</b>		10.4 Núm. Interior <b>San Luis Potosí</b>	
	10.5 Tipo de asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b>		10.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b>	
10.7 Código Postal <b>781116</b>		10.8 Localidad <b>San Luis Potosí</b>		
10.9 Municipio o delegación <b>San Luis Potosí</b>		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
DE LA DEFUNCIÓN	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <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: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
	12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>Ama. de casa</b>		Se ignora <input type="radio"/> 99	
	12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
	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 pública <input type="radio"/> 8 Otra unidad médica privada <input checked="" type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>1090 Venustiano Carranza</b>		15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad	
	15.3 Núm. Exterior <b>78250</b>		15.4 Núm. Interior <b>San Luis Potosí</b>	
	15.5 Tipo de asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b>		15.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b>	
	15.7 Código Postal <b>78250</b>		15.8 Localidad <b>San Luis Potosí</b>	
	15.9 Municipio o delegación <b>San Luis Potosí</b>		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>27/05/2017 04:20</b>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2				
MORTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN PARTES I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>Choque séptico pulmonar</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>Neumonía asociada a ventilación mecánica</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b>Tuberculosis pulmonar</b> Debido a (o como consecuencia de) d) <b>Diabetes Mellitus 2</b> <b>Hipertensión arterial esencial</b> PARTES 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 7 días 60 días Indeterminado	
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
	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 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.4 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
	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"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) 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 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 delegación 22.7.10 Entidad federativa	
	DEL INF.	23. NOMBRE <b>Maria de Jesús Rojas Arriaga</b>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Hija</b>
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 <b>4731932</b> Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE <b>José Jonadab Liñán Ramírez</b>		28. FIRMA		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano		29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>27/05/2017</b>				
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		
33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				



170640900