

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>Rafael Roman Ugalde</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO <b>13/08/1979</b> Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP <b>R10UR790813HVZMGF00</b> Se ignora <input type="radio"/> 99		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 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>038</b> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad: <b>Calle</b> 10.2 Nombre de la vialidad: <b>Newton</b> 10.3 Núm. Exterior: <b>429</b> 10.4 Núm. Interior: <b>Colonia</b> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <b>Progreso</b> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <b>Progreso</b> 10.7 Código Postal: <b>783710</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): <b>San Luis Potosí</b>		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input checked="" 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 12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
12. OCUPACIÓN HABITUAL 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 checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input 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: <b>2408709912-1</b>		

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica: <b>Hospital General de Soledad</b> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 14.3 Nombre de la unidad médica: <b>Valentin Amador</b> 14.4 Nombre de la unidad médica: <b>Rivas Guillen</b> 14.5 Nombre de la unidad médica: <b>San Luis Potosí</b>		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad: <b>Prolongacion</b> 15.2 Nombre de la vialidad: <b>Valentin Amador</b> 15.3 Núm. Exterior: <b>1113</b> 15.4 Núm. Interior: <b>Colonia</b> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <b>Rivas Guillen</b> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <b>San Luis Potosí</b> 15.7 Código Postal: <b>783710</b> 15.8 Localidad: <b>San Luis Potosí</b> 15.9 Municipio o delegación: <b>San Luis Potosí</b> 15.10 Entidad federativa: <b>San Luis Potosí</b>		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>26/11/2017 20:19</b> Día Mes Año Horas Minutos		
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		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>Choque séptico</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>Absceso perianal</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b>Síndrome de inmunodeficiencia adquirida</b> Debido a (o como consecuencia de) d) <b>Insuficiencia Renal Aguda</b> Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <b>3 dias</b> Código CIE: <b>3 meses</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"/> 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		

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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 Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anote 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 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vialidad: <b>Prolongacion</b> 22.7.2 Nombre de la vialidad: <b>Valentin Amador</b> 22.7.3 Núm. Exterior: <b>1113</b> 22.7.4 Núm. Interior: <b>Colonia</b> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <b>Rivas Guillen</b> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <b>San Luis Potosí</b> 22.7.7 Código Postal: <b>783710</b> 22.7.8 Localidad: <b>San Luis Potosí</b> 22.7.9 Municipio o delegación: <b>San Luis Potosí</b> 22.7.10 Entidad federativa: <b>San Luis Potosí</b>		
---	--	--

DEL INF.

23. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" 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>4792371</b> Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
28. FIRMA <b>[Firma]</b>		
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad: <b>Prolongacion</b> 29.2 Nombre de la vialidad: <b>Valentin Amador</b> 29.3 Núm. Exterior: <b>1113</b> 29.4 Núm. Interior: <b>Colonia</b> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <b>Rivas Guillen</b> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <b>San Luis Potosí</b> 29.7 Código Postal: <b>783710</b> 29.8 Localidad: <b>San Luis Potosí</b> 29.9 Municipio o delegación: <b>San Luis Potosí</b> 29.10 Entidad federativa: <b>San Luis Potosí</b> 29.11 Teléfono: <b>783710</b>		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año		

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. Libro Núm. 31.1 Acta Núm.		
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <b>San Luis Potosí</b> 32.2 Municipio o delegación: <b>San Luis Potosí</b> 32.3 Entidad federativa: <b>San Luis Potosí</b> 32.4 Día Mes Año		

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



170645722