

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a 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 PARTICULARS.

170655753

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Rosa		García		Cruz			
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido					
2. FECHA DE NACIMIENTO		24 08 1973		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		San Luis Potosí		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		GIAZRL730824MISPRU50S		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
				Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> →			
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para menores de un año o más	9. ESTADO CONYUGAL		
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 7 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)							
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano			
				Tlalnepantla		Es todo de Mexico			
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8	Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input checked="" type="radio"/> 6 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	11.2 OCUPACIÓN HABITUAL		
						Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2	Ama de casa <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99		
12.1 Trabajaba		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		12.2 No trabajaba		Se ignora <input type="radio"/> 9			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4 ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6 SEDENA <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 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 5 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 9	Hospital Ruiz N. 99	Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11	Otro lugar <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 99		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad						15.2 Nombre de la vialidad	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano		15.7 Código Postal	
				Zapotlán		Tlalnepantla		San Luis Potosí	
15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa		15.11 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		Día 01	Mes 10	Año 2018	Horas 1700	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 PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)						20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
PARTE I		a) Evento Vascular (cerebral)						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Debido a (o como consecuencia de)						2 horas	
Causas antecedentes		b) Enfermedad hipertensiva						2 horas	
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Debido a (o como consecuencia de)						2 horas	
c) Hipertensión Arterial Sistémica		Debido a (o como consecuencia de)						10 años	
d)									
PARTE II		d) Adenocarcinoma metastásico						7 meses	
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo									
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 Las causas anotadas compilaron el embarazo, parto o puerperio?		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses		El parto <input type="radio"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		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 Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		(asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2		Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
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		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		22.7.10 Entidad federativa	
				22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación	
23. NOMBRE		Bonito		Antonio		Díaz		24. I PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido				García	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
						*Especifique		4731991	
27. NOMBRE		Janeth		Amartr		García		Número de la cédula profesional	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido					
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	