

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE MATRIMONIO.

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) Antonio Jara Laredo		Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 17 08 1973		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
	5. CURP JALA730817HSPRRN08		Se ignora <input type="radio"/>	
	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____	
	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 Años cumplidos 43		Se ignora <input type="radio"/>	
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle Manuel Moro		10.1 Tipo de vivienda San Luis		
10.3 Núm. Exterior 7000 10.4 Núm. Interior 09		10.5 Tipo de asentamiento humano Colonia San Luis Potosí		
10.7 Código Postal 783118		10.8 Localidad San Luis Potosí		
10.9 Municipio o delegación San Luis Potosí		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) San Luis Potosí		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		
12. OCUPACIÓN HABITUAL		Se ignora <input type="radio"/>		
12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación 2417000377-01		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Hospital General de Soledad		14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de Soledad		
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) JPSSA01173113		Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle Prolongación Valentín Ameider		15.1 Tipo de vivienda Rivas Guillen		
15.3 Núm. Exterior 1112 15.4 Núm. Interior 1112		15.5 Tipo de asentamiento humano San Luis Potosí		
15.7 Código Postal 783118		15.8 Localidad Soledad de Graciano Sánchez		
15.9 Municipio o delegación San Luis Potosí		15.10 Entidad federativa San Luis Potosí		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos 17 08 2017 17 14		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>				
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) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de) Nocturnia Grave b) Nocturnia Atípica Debido a (o como consecuencia de) Infección por VIH c) Infección por VIH d) Infección por VIH 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 2 horas 24 horas 72 horas		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE Uso exclusivo del personal codificador				
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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		21.4 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		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 vivienda		
22.7.2 Nombre de la vivienda				
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		
23. NOMBRE Yolanda Jara Laredo		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hermana		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 5454882 Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE José Emmanuel Quirón Romero		28. FIRMA [Firma]		
29. DOMICILIO y TELÉFONO Calle Prolongación Valentín Ameider		29.1 Tipo de vivienda 1112		
29.2 Nombre de la vivienda Rivas Guillen		29.3 Núm. Exterior 783118		
29.4 Núm. Interior 1112		29.5 Tipo de asentamiento humano Colonia		
29.6 Nombre del asentamiento humano Soledad de Graciano Sánchez		29.7 Código Postal 783118		
29.8 Localidad San Luis Potosí		29.9 Municipio o delegación San Luis Potosí		
29.10 Entidad federativa San Luis Potosí		29.11 Teléfono		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año 17 08 2017				
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____		
32.2 Fecha de registro _____		32.3 Día _____ Mes _____ Año _____		

