

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>ra</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>da</sup> COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

404

180645421

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Jucan	Carreon	Hernández
		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido
2. FECHA DE NACIMIENTO		27011929	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9
Día Mes Año				4. ENTIDAD DE NACIMIENTO
5. CURP		San Luis Potosí		
CIAHJ290127HSPPRN10		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		
7. NACIONALIDAD		Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Especifique		
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes
		Minutos	Horas	Días
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				
10. RESIDENCIA HABITUAL		9. ESTADO CONYUGAL		
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle	Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2
605		Colonia	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Casado(a) <input type="radio"/> 5
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	En unión libre <input type="radio"/> 4	Soltero(a) <input type="radio"/> 1
10.7 Código Postal		10.8 Localidad	10.9 Municipio o delegación	Se ignora <input type="radio"/> 9
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		10.11 La escolaridad seleccionada es:		
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
		Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación <b>418229009051429PE</b>	
		IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	14.1 Nombre de la unidad médica <b>Hospital General de Zonca No. 50</b>	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.2 Nombre de la vialidad <b>Prácticas de San Vicente 14 Sec.</b>		
205		Colonia	Scn Luis Potosi	Scn Luis Potosi
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano
15.7 Código Postal		15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación	15.10 Entidad federativa
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		
1100720182220		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
Día Mes Año Horas Minutos		17.1 Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión antes de la muerte?		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		17.2 Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión antes de la muerte?		
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
a) <b>Choque Séptico</b> Debido a (o como consecuencia de)		17.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		
b) <b>Gastroenteritis</b> Debido a (o como consecuencia de)		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
c) <b></b> Debido a (o como consecuencia de)		17.4 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
d) <b></b>		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo		17.5 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		17.6 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		
43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		21.4 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
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		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)		
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		
Anexo 8		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		
22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior		
22.7.7 Código Postal		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		
23. NOMBRE		22.7.6 Nombre del asentamiento humano		
Martin		22.7.8 Localidad		
Nombre(s)		22.7.9 Municipio o delegación		
Cameron		22.7.10 Entidad federativa		
Prácticas de San Vicente 14S.		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
29.6 Nombre del asentamiento humano		25. CERTIFICADA POR		
Scn Luis Potosi		25.1 Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3		
29.7 Código Postal		25.2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		
29.8 Localidad		25.3 *Especifique		
29.9 Municipio o delegación		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
29.10 Entidad federativa		2014391 Número de la cédula profesional		
29.11 Teléfono		26. FIRMA		
29.12 LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
101072018		Día Mes Año		