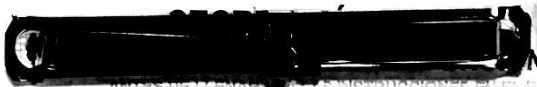


017859 0182 656PE

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

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

180645799



Modelo 2017.1

FOLIO

180645799

RUZ SANCHETZ MARÍA LILIA

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

REG. IL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Marta Lilia</u> Primer Apellido <u>Ruiz</u> Segundo Apellido <u>Sanchez</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>20</u> Mes <u>05</u> Año <u>1996</u>	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>RUSM56051210MNCZNRI04</u> Se ignora <input type="radio"/>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Especifique	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>06</u> Para menores de un día: Horas <u>2</u> Para menores de un mes: Días <u>2</u> Para menores de un año: Meses <u>06</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>2</u> Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle 67</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>170</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Prta de San Vicente</u> 10.3 Núm. Exterior <u>718397</u> 10.4 Núm. Interior <u>San Luis Potosí</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>718397</u> 10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
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 type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>01785901826 F19-6PE</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital <u>General de Zona No. 30</u> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>San Luis Potosí</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>01785901826 F19-6PE</u> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>205</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Prta de San Vicente</u> 15.3 Núm. Exterior <u>718397</u> 15.4 Núm. Interior <u>San Luis Potosí</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>718397</u> 15.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>12</u> Mes <u>10</u> Año <u>2018</u> Horas <u>10</u> Minutos <u>14</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Cáncer de mama</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica 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 <u>C509</u>	
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? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input 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? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <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 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)	
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 <u>22.7.2 Nombre de la vialidad</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>22.7.4 Núm. Interior</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>22.7.6 Nombre del asentamiento humano</u> 22.7.7 Código Postal <u>22.7.8 Localidad</u> 22.7.9 Municipio o delegación <u>22.7.10 Entidad federativa</u>	
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Rosa Elena</u> Primer Apellido <u>Caldem</u> Segundo Apellido <u>Salderna</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> *Especifique <u>6082001</u>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>6082001</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Rosa Elena</u> Primer Apellido <u>Caldem</u> Segundo Apellido <u>Salderna</u>	
28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>29.2 Nombre de la vialidad</u> 29.3 Núm. Exterior <u>29.4 Núm. Interior</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>29.6 Nombre del asentamiento humano</u> 29.7 Código Postal <u>29.8 Localidad</u> 29.9 Municipio o delegación <u>29.10 Entidad federativa</u> 29.11 Teléfono <u>29.12 Entidad federativa</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>12</u> Mes <u>10</u> Año <u>2018</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 29.1 Localidad	