

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 GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL REG. CIVIL

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DE LA DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Jose Nahuidal Marquez</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO <u>08/09/1927</u>		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>X</u>
5. CURP <u>MAXN2710908HISPRXT04</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>13</u> Minutos Para menores de un día: <u>5</u> Horas Para menores de un mes: <u>1</u> Días Para menores de un año: <u>91</u> Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☒ Se ignora ☐			
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): <u>Camino Ejido</u> 10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda 10.3 Núm. Exterior: <u>799977</u> 10.4 Núm. Interior: <u>13</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Pahoyá San Miguel</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Tamazunchale</u> 10.7 Código Postal: <u>799977</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 reside en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: ☐ No ☒ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora ☐		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ Otra ☐ Se ignora ☐		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Camino Ejido</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Pahoyá San Miguel</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>799977</u> 15.4 Núm. Interior: <u>13</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tamazunchale</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal: <u>799977</u> 15.8 Localidad: <u>Tamazunchale</u> 15.9 Municipio o delegación: <u>Tamazunchale</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: <u>22</u> Mes: <u>03</u> Año: <u>2019</u> Horas: <u>10</u> Minutos: <u>05</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) <u>Infarto Agudo Miocárdico</u> 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> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo: <u>Hipertensión Arterial</u> <u>Tuberculosis Pulmonar</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <u>18 años</u> <u>4 meses</u>		Código CIE	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva (taller, fábrica u obra) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a): <u>18 años</u> <u>4 meses</u>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>163</u>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>18 años</u> <u>4 meses</u>			
22.7 Añote 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: <u>799977</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>13</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tamazunchale</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 22.7.7 Código Postal: <u>799977</u> 22.7.8 Localidad: <u>Tamazunchale</u> 22.7.9 Municipio o delegación: <u>Tamazunchale</u> 22.7.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		23. NOMBRE Nombre(s): <u>Lorenzo</u> Primer Apellido: <u>Marquez</u> Segundo Apellido: <u>Sanchez</u> 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): <u>Hijo</u>			
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☒ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <u>2619021</u>			
27. NOMBRE Nombre(s): <u>Janeth</u> Primer Apellido: <u>Mendoza</u> Segundo Apellido: <u>Ferreira</u>		28. FIRMA <u>Janeth Mendoza Ferreira</u>			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Camino Ejido</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Pahoyá San Miguel</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>799977</u> 29.4 Núm. Interior: <u>13</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tamazunchale</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal: <u>799977</u> 29.8 Localidad: <u>Tamazunchale</u> 29.9 Municipio o delegación: <u>Tamazunchale</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: <u>22</u> Mes: <u>03</u> Año: <u>2019</u>			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>01</u> Libro Núm. <u>05</u> 31.1 Acta Núm. <u>163</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>Tamazunchale</u> 32.2 Municipio o delegación: <u>Tamazunchale</u> 32.3 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día: <u>22</u> Mes: <u>03</u> Año: <u>2019</u>			

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