



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO<br>Nombres: <u>Santos</u> Primer Apellido: <u>Salaman</u> Segundo Apellido: <u>Felix</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO<br>Día: <u>09</u> Mes: <u>11</u> Año: <u>1982</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 3. SEXO<br>Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero): <u>San Luis Potosí, México</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 5. CURP<br><u>SMF516120909115PL12002</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br>Se <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 7. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 8. EDAD CUMPLIDA<br>Para menores de una hora: <u>10</u> Horas <u>00</u> Minutos <u>00</u> Segundos<br>Para menores de 28 días antes:<br>8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <u>103</u><br>8.2 Semanas de gestación: <u>36</u> Semanas <u>15</u> Días <u>00</u> Horas <u>00</u> Minutos <u>00</u> Segundos<br>8.3 Paso de gestación: <u>03</u> Semanas <u>06</u> Días <u>00</u> Horas <u>00</u> Minutos <u>00</u> Segundos                                                                                                                                                                                  | 9. ESTADO CONYUGAL<br>En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 10. RESIDENCIA HABITUAL<br>Añade el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)<br>10.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u><br>10.2 Nombre de la vivienda: <u>Pompey</u><br>10.3 Nombre del asentamiento humano: <u>Valle de Santa María</u><br>10.4 Num. Interior: <u>103</u><br>10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Urbanización</u><br>10.6 Código Postal: <u>66161510</u><br>10.7 Localidad: <u>Pesquería</u><br>10.8 Localidad: <u>Nuevo León</u><br>10.9 Municipio o delegación: <u>Valle de Santa María</u><br>10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): <u>Nuevo León</u> |
| 11. ESCOLARIDAD<br>Ninguna <input type="radio"/> Prescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Preparatoria <input type="radio"/> Bachillerato o profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es:<br>12. OCUPACIÓN HABITUAL<br>Obrero <input checked="" type="radio"/> 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | 13. ATILACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br>Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDEMA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>4300825712-2</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Secretaría de <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>San Martín Chalhuita</u><br>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES): <u>Ninos Helios</u>                                                                                                                                                              |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>3<br>15.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u><br>15.2 Nombre de la vivienda: <u>Ninos Helios</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 15.3 Num. Exterior: <u>134</u> Num. Interior: <u>155</u> Tipo de asentamiento humano: <u>Urbanización</u><br>15.4 Num. Exterior: <u>134</u> Num. Interior: <u>155</u> Tipo de asentamiento humano: <u>Urbanización</u><br>15.5 Num. Exterior: <u>134</u> Num. Interior: <u>155</u> Tipo de asentamiento humano: <u>Urbanización</u><br>15.6 Num. Exterior: <u>134</u> Num. Interior: <u>155</u> Tipo de asentamiento humano: <u>Urbanización</u><br>15.7 Código Postal: <u>66161510</u> Localidad: <u>Pesquería</u><br>15.8 Localidad: <u>Nuevo León</u><br>15.9 Municipio o delegación: <u>Valle de Santa María</u><br>15.10 Entidad federativa: <u>Nuevo León</u> | 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br>Día: <u>14</u> Mes: <u>06</u> Año: <u>2019</u> Hora: <u>05</u> Minutos: <u>30</u><br>16.1 Fecha y hora de la defunción: <u>14/06/2019 05:30</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añade una sola causa en cada renglón. Escribe señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)<br>a) <u>Falla orgánica múltiple.</u><br>b) <u>Lesión de hemodinámica humana.</u><br>c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u><br>d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u>                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br>Código CIE: <u>10</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 21.2 ¿Las causas anotadas en el certificado de defunción, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                   | 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:<br>22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 23. NOMBRE<br>Nombre(s): <u>Maria Teresa</u> Primer Apellido: <u>Hernandez</u> Segundo Apellido: <u>Hernandez</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A)<br>Padre <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Hijo(a) <input type="radio"/> Esposa <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 25. CERTIFICADA POR<br>Médico triante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> 25.1 Nombre de la entidad certificadora: <u>General</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br>Número de la cédula profesional: <u>9020545</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 27. NOMBRE<br>Nombre(s): <u>John Cesar</u> Primer Apellido: <u>Plantunbe</u> Segundo Apellido: <u>Perez</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 28. FIRMA<br><u>[Firma]</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 29. DOMICILIO Y TELÉFONO<br>29.1 Tipo de vivienda: <u>799501</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Quilcapayo</u> 29.3 Num. Exterior: <u>799501</u> 29.4 Num. Interior: <u>799501</u> 29.5 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 29.6 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 29.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Localidad: <u>San Luis Potosí</u>                                                                                                                                           | 30. FECHA<br>CEN: Certificado de defunción: <u>14/06/2019</u> 30.1 Fecha: <u>14/06/2019</u> 30.2 Fecha: <u>14/06/2019</u> 30.3 Fecha: <u>14/06/2019</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 31. ACTA NÚM.<br>31.1 Acta Núm.: <u>72</u> 31.2 Acta Núm.: <u>72</u> 31.3 Acta Núm.: <u>72</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SER