

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Wenceslao Maya Aguilar	
2. FECHA DE NACIMIENTO 28 09 19 56	
3. SEXO Hombre Mujer Se ignora	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO S.L.P.	
5. CURP MAAWS60928HSPY6NO7	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si No Se ignora	
7. NACIONALIDAD Mexicana Otra Se ignora	
8. EDAD CUMPLIDA 62	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre Separado(a) Viudo(a) Casado(a) Se ignora	
10. RESIDENCIA HABITUAL Calle Venustiano Carranza	
11. ESCOLARIDAD Ninguna Preescolar Primaria Secundaria Terciaria Profesional Posgrado Se ignora	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Jornalero	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra Se ignora	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud IMSS ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra Se ignora	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle Venustiano Carranza	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10 06 20 19 11 04	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si No Se ignora	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si No Se ignora	
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 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Paro Cardíaco Respiratorio	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS El embarazo El parto El puerperio No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto 22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)	
23. NOMBRE Francisco Maya Ramírez	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo	
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 8515924	
27. NOMBRE David Lina Medcher	
28. FIRMA [Firma]	
29. DOMICILIO y TELÉFONO Calle Venustiano Carranza 799970 Bo. Centro Aguazteca	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 11 06 20 19	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro 282	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Tamazunchale 5 13 06 20 19	

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