

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) Nombre(s) <u>Alberto</u> Primer Apellido <u>Rodriguez</u> Segundo Apellido <u>Martinez</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>07</u>/<u>08</u>/<u>1945</u> Día Mes Año	
3. SEXO Hombre ☒1 Mujer ☐2 Se ignora ☐9	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>PIAMIA45108107HISPIDRL103</u>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora ☐99 Si ☐1 No ☐2 Se ignora ☐9	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒1 Otra ☐2 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>7</u> años <u>5</u> meses <u>15</u> días Para menores de un día: <u>7</u> años <u>5</u> meses <u>15</u> días Para menores de un mes: <u>7</u> años <u>5</u> meses <u>15</u> días Para menores de un año: <u>7</u> años <u>5</u> meses <u>15</u> días Para personas de un año o más: <u>7</u> años <u>5</u> meses <u>15</u> días Se ignora ☐9	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <u>125</u>	
8.2 Semanas de gestación: <u>38</u>	
8.3 Peso (gramos): <u>3800</u>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒4 Separado(a) ☐6 Viudo(a) ☐2 Casado(a) ☐5 Divorciado(a) ☐3 Soltero(a) ☐1 Se ignora ☐9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Santiago Apostol</u> 10.3 Núm. Exterior <u>1795610</u> 10.4 Núm. Interior <u>1795610</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Casa habitación</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Casa habitación</u> 10.7 Código Postal <u>7795610</u> 10.8 Localidad <u>San Juan de los Rios</u> 10.9 Municipio o delegación <u>San Juan de los Rios</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐1 Preescolar ☐12 Primaria ☐3 Secundaria ☐5 Bachillerato o preparatoria ☐7 Profesional ☐8 Posgrado ☐10 Se ignora ☐99 Completa ☐1 Incompleta ☐2	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Si ☐1 No ☐2 Se ignora ☐9 <u>Desempleado</u>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐1 ISSSTE ☐3 SEDENA ☐5 Seguro Popular ☐7 Otra ☐8 IMSS ☐2 PEMEX ☐4 SEMAR ☐6 IMSS PROSPERA ☐10 Se ignora ☐99	
13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>125</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐1 IMSS ☐3 PEMEX ☐5 SEMAR ☐7 Unidad médica pública ☐8 Otra unidad pública ☐9 Hogar ☐11 Se ignora ☐99 Vía pública ☐10 Otro lugar ☐12 <u>Hospital General de Salud</u> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Salud</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>125</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Avenida</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Volentin Amaral</u> 15.3 Núm. Exterior <u>1112</u> 15.4 Núm. Interior <u>1112</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Hospital</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Hospital General de Salud</u> 15.7 Código Postal <u>778435</u> 15.8 Localidad <u>San Juan de los Rios</u> 15.9 Municipio o delegación <u>San Juan de los Rios</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>12</u>/<u>09</u>/<u>2010</u> <u>05</u>:<u>12</u>:<u>14</u> Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐1 No ☐2 Se ignora ☐9	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐1 No ☐2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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>Síndrome insuflatorio respiratorio agudo</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía atípica</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Neumonía atípica</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Neumonía atípica</u> Debido a (o como consecuencia de) 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>08</u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐1 El parto ☐2 El puerperio ☐3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐5	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ☐1 No ☐2	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐1 No ☐2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente ☐1 Homicidio ☐2 Suicidio ☐3 Se ignora ☐9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐1 No ☐2 Se ignora ☐9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐0 Área deportiva (taller, fábrica u obra) ☐6 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐1 Calle o carretera (via pública) ☐4 Escuela u oficina pública ☐2 Área comercial o de servicio ☐5 Granja (rancho o parcela) ☐7 Otro ☐8 Se ignora ☐9 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>1112</u> 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 <u>Avenida</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>Volentin Amaral</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>178435</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>178435</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Hospital</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Hospital General de Salud</u> 22.7.7 Código Postal <u>778435</u> 22.7.8 Localidad <u>San Juan de los Rios</u> 22.7.9 Municipio o delegación <u>San Juan de los Rios</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Juan</u> Primer Apellido <u>Pachon</u> Segundo Apellido <u>Gonzalez</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐1 Médico legista ☐2 Otro médico ☐3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐4 Autoridad civil ☐5 Otro ☐8	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>7543300</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Luis Francisco</u> Primer Apellido <u>Pachon</u> Segundo Apellido <u>Valle</u>	
28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Avenida</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Volentin Amaral</u> 29.3 Núm. Exterior <u>1112</u> 29.4 Núm. Interior <u>1112</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Hospital</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Hospital General de Salud</u> 29.7 Código Postal <u>778435</u> 29.8 Localidad <u>San Juan de los Rios</u> 29.9 Municipio o delegación <u>San Juan de los Rios</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u>1112</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>12</u>/<u>09</u>/<u>2010</u> Día Mes Año	
31. ¿LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA Si ☐1 No ☐2	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Lugar <u>Hospital General de Salud</u> Fecha <u>12/09/2010</u>	