



190681832

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^{er} COPIA (ROSA) Y LA 2^{da} 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 LOS SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

190681832

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Moises Leyva		Primer Apellido	Leyva.				
2. FECHA DE NACIMIENTO		12 9 1 2 1 9 4 4	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/>	Mujer <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí.		
5. CURP				Se ignora <input type="radio"/>	9	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Se ignora <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2		
7. NACIONALIDAD		Mexicana <input checked="" type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	9	8. EDAD	O 7 5		
CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	Años cumplidos		
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	10.9 Municipio o delegación	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle	Nº 112-C		10.2 Nombre de la vialidad		
10.9 Código Postal		10.3 Núm. Exterior		Colonia	78290		Colonia de Jalisco		
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL		
		Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 9	Completa <input checked="" type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	Pensionado <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación		
		IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 9			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	Hospital General de Soledad	Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12	
		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica	Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 9	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación	
		1112.	Colonia	15.112	Colonia Soledad Graciano	78436	Soledad Graciano	Soledad Graciano S.	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		0 3 1 0 2 0 2 0	10 5 1 8	Dia Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
		15.1 Núm. Exterior	15.2 Núm. Interior	15.3 Tipo de vialidad	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: para cardíaco, ateria, etc.)		19.1 Parte I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							
		a) Síndrome Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)							
		b) Neumonía atípica por SARS-CoV-2 Debido a (o como consecuencia de)							
		c) Debido a (o como consecuencia de)							
		d) Debido a (o como consecuencia de)							
19.2 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							
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"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20.1 Código CIE	
		43 días a 11 meses	44 días a 11 meses	45 días a 11 meses	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión							
22.1 Fue un presunto accidente		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)							
		Accidente <input type="radio"/> 1	Homicidio <input type="radio"/> 2	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área industrial <input type="radio"/> 6		
		Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1	Calle o carretera <input type="radio"/> 4	Granja <input type="radio"/> 7		
		Se ignora <input type="radio"/> 9			Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Otro <input type="radio"/> 8	Otro <input type="radio"/> 8		
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 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad							
		22.7.3 Núm. Exterior	22.7.4 Núm. Interior	22.7.5 Tipo de asentamiento humano	22.7.6 Nombre del asentamiento humano			22.7.10 Entidad federativa	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación	22.7.10 Entidad federativa				
23. NOMBRE		Marco Antonio Leyva		Moyend	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1		Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico <input type="radio"/> 3	hijo.			
		Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Autoridad civil <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
27. NOMBRE		Enka Alicia Domínguez		Yeruca	3207093			Número de la cédula profesional	
28. FIRMA				Segundo Apellido					
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		Protonación Valentín Rmados 112		Colonia					
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		0 3 1 0 2 0 2 0		Dia Mes Año					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIAJA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		29.1 Tipo de vialidad	29.2 Número de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano	
		32.1 Localidad		29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono			
31.1 Acta Núm.		32.2 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa	32.3 Entidad federativa	32.4 Dia	32.5 Mes	32.6 Año	

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