

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

200625051

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 FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Luisa Lengina Rivera Varquez</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>15031937</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Santa María de la Cruz, SLR</u>	5. CURP <u>R1VL370315HSPVZ506</u>
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☐ Extranjera ☐ Se ignora ☐
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años <u>062</u> De ignora ☐	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☒ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐
10. RESIDENCIA HABITUAL Antes al domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): <u>Calle Ignacio Ramirez</u> 10.1 Tipo de vivienda: <u>160</u> 10.2 Número de la vivienda: <u>6</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>783114</u> 10.4 Núm. Interior: <u>San Luis Potosí</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 10.6 Número del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal: <u>783114</u> 10.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Municipio o Área: <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (se escribe en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☒ Incompleta ☐	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Hogar</u> 12.1 Trabajaba: Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otro ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ Hosp. General de Soledad 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General de Soledad</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>1112</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Hospital</u> 15.2 Número de la vivienda: <u>1112</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>78435</u> 15.4 Núm. Interior: <u>Soledad</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Soledad</u> 15.6 Número del asentamiento humano: <u>Soledad</u> 15.7 Código Postal: <u>78435</u> 15.8 Localidad: <u>Soledad</u> 15.9 Municipio o Área: <u>Soledad</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>19062020</u> <u>1410</u> Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRÁCTICO NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Ante una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: para combatir, defensa, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) <u>Choque Séptico</u> Debido a (o como consecuencia de): b) <u>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de): c) <u>Neumonía viral Covid-19</u> Debido a (o como consecuencia de): PARTE II Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado patológico que la produjo: 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u>Idia 4 días 7 días</u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐	
21.2 ¿Las causas anotadas contribuyeron al embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐	
21.3 ¿Las causas anotadas contribuyeron al embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Asesinato ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desarrollo de su trabajo? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.4 Ante la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): Área industrial (o área laboral u otra): ☐ Área deportiva: ☐ Calle o carretera (o pública): ☐ Escuela o escuela pública: ☐ Área comercial o de servicios: ☐ Se ignora ☐	
22.5 Ante la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o hechos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7 Ante el presunto delito ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: 22.7.2 Número de la vivienda: 22.7.3 Núm. Exterior: <u>78435</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>Soledad</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Soledad</u> 22.7.6 Número del asentamiento humano: <u>Soledad</u> 22.7.7 Código Postal: <u>78435</u> 22.7.8 Localidad: <u>Soledad</u> 22.7.9 Municipio o Área: <u>Soledad</u> 22.7.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
23. NOMBRE DEL INF. <u>Guadalupe</u> <u>Martinez</u> <u>Locha</u> Primer Apellido Segundo Apellido 24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A): <u>Nieto</u>	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique: 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: <u>7010168</u> Número de la cédula profesional: 27. NOMBRE: <u>Rodrigo Iván</u> <u>Tapia</u> <u>Pamos</u> Primer Apellido Segundo Apellido 28. DOMICILIO Y TELÉFONO: <u>Avenida</u> <u>Valentin Amador</u> <u>1112</u> 28.1 Tipo de vivienda: <u>Hospital</u> 28.2 Número de la vivienda: <u>78435</u> 28.3 Núm. Exterior: <u>Soledad</u> 28.4 Núm. Interior: <u>Soledad</u> 28.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Soledad</u> 28.6 Número del asentamiento humano: <u>Soledad</u> 28.7 Código Postal: <u>78435</u> 28.8 Localidad: <u>Soledad</u> 28.9 Municipio o Área: <u>Soledad</u> 28.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN: <u>19062020</u> Día Mes Año 30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: 31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 31.1 Lugar: 31.2 Fecha: 31.3 Municipio o Área: 31.4 Entidad federativa:	

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