

CERTIFICADO DE DEFUNCION

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

200625550

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION

LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCION

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Mario Guierrez Avila Nombres(s) Primer Apellido Segundo Apellido		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Mexico Entidad federativa o pais (si nacio en el extranjero)	
2. FECHA DE NACIMIENTO 08 09 1976 Dia Mes Año		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	
5. CURP G U A M 7 6 0 9 0 8 H S P + V 2 0 1 Se ignora ☐		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Mexicano Especifique		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: Para menores de un día: Horas: Para menores de un mes: Dias: Para menores de un año: Meses: Para personas de un año o más: 43 Años cumplidos: Se ignora ☐	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivia el fallecido (a) S/n 1 57 km 100 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad Nova de San Jose San Luis Potosi 10.3 Num. Exterior 10.4 Num. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 78435 Soledad de Graciano Sanchez San Luis Potosi 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldia 10.10 Entidad federativa o pais (si residia en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☒ Incompleta ☐		12. OCUPACION HABITUAL Taxista 12.1 Trabajaba Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		13.1 Numero de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital General de Soledad 14.1 Nombre de la unidad médica IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION 1112 Colonias Valentin Amador 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 78435 Soledad de Graciano Sanchez San Luis Potosi 15.3 Num. Exterior 15.4 Num. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldia 15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION 30 06 2020 19 40 Dia Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Añote 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 a) Neumonía por COVID-19. Debido a (o como consecuencia de) b) Diabetes Mellitus Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) 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		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 6 días 4 años Código CIE	
21. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☒	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☒		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCION Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (via pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) colonia	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 1112		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad 22.7.2 Nombre de la vialidad 22.7.3 Num. Exterior 22.7.4 Num. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldia 22.7.10 Entidad federativa		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Esposo	
23. NOMBRE Leticia Cervantes Guierrez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		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 MEDICO 2965750 Número de la cédula profesional		27. NOMBRE Mónica Sofia Mendez Michel Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. FIRMA colonia		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad 78435 Soledad de Graciano Sanchez San Luis Potosi 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Num. Exterior 29.4 Num. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldia 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono	
30. FECHA DE CERTIFICACION 30 06 2020 Dia Mes Año		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	

200625550