

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

200625722

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 LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) CandelinaCarreraMendoza		2. FECHA DE NACIMIENTO 02/02/1965		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Mexico	
5. CURP CAMC650202MSPRNN03				6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐	
8. EDAD CUMPLIDA Para mayores de una hora: Minutos: Horas: Para menores de un día: Para menores de un mes: Para menores de un año: Para personas de un año o más: 55 Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Vuelto(a) ☐ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☒ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Antes el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): 10.1 Tipo de vivienda: casa habitación 10.2 Nombre de la vivienda: la yema buena 10.3 Núm. Exterior: 78455 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí 10.6 Nombre del asentamiento humano: 10.7 Código Postal: 10.8 Localidad: 10.9 Municipio o Alcaldía: 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero):		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☒ 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ Incompleta ☐	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ FEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☒		13.1 Número de seguridad social o afiliación:		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ Hospital General de Soledad 14.1 Nombre de la unidad médica: 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Hospital 15.2 Nombre de la vivienda: Hospital General de Soledad 15.3 Núm. Exterior: 78435 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: Soledad de Graciano Sánchez 15.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: 15.9 Municipio o Alcaldía: 15.10 Entidad federativa:		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10/07/2020 05:23		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de): b) neumonía atípica Debido a (o como consecuencia de): c) enfermedad pulmonar obstructiva crónica 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 morbosos que la produjo: d) curios						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 1 día 4 días curios	
20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 20.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: 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 fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☒		22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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 (taller, fábrica u otra) ☐ Vivienda colectiva (casa, apartamento, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a):	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:					
22.7 Ante el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: 22.7.2 Nombre de la vivienda: 22.7.3 Núm. Exterior: 22.7.4 Núm. Interior: 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: 22.7.7 Código Postal: 22.7.8 Localidad: 22.7.9 Municipio o Alcaldía: 22.7.10 Entidad federativa:		23. NOMBRE Catalano Cárdenas Galegas 23.1 Nombre: 23.2 Primer Apellido: 23.3 Segundo Apellido: 23.4 Parentesco con el(a) fallecido(a): Esposo					
24. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		25. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 7543300		26. FIRMA [Firma]		27. NOMBRE Luis Francisco Barral Ualle 27.1 Nombre: 27.2 Primer Apellido: 27.3 Segundo Apellido:	
28. DOMICILIO y TELÉFONO 28.1 Tipo de vivienda: 28.2 Nombre de la vivienda: 28.3 Núm. Exterior: 28.4 Núm. Interior: 28.5 Tipo de asentamiento humano: 28.6 Código Postal: 28.7 Localidad: 28.8 Municipio o Alcaldía: 28.9 Entidad federativa:		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN 10/07/2020		30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad: 30.2 Municipio o Alcaldía: 30.3 Entidad federativa: 30.4 Día: 30.5 Mes: 30.6 Año:		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 31.1 Acta Núm.:	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA COMISIÓN