

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

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		DEL DEFUNTO		MUELTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		DEL CERTIFICANTE		DEL REG. CIVIL	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) J. Carmen		2. FECHA DE NACIMIENTO 27/12/1952		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Soto		5. CURP VISC521227HSPRTRO2	
6. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: Horas: 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: 63		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐ Especificar:		8. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		9. RESIDENCIA HABITUAL Año: al domicilio permanente donde vivió el fallecido (a) Calle: 10.1 Tipo de vivienda: 10.2 Nombre de la vivienda: 3261 Casa habitación 10.3 Núm. Exterior: 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: 10.6 Nombre del asentamiento humano: Soledad de Graciano 10.7 Código Postal: 784341 10.8 Localidad: Soledad de Graciano 10.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero):		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 12.2 Ocupación:	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ 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 ☐ Hospital General de Soledad 14.1 Nombre de la unidad médica: 14.2 Clave única de establecimiento de salud (CLUES):		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Avenida: 15.1 Tipo de vivienda: 15.2 Nombre de la vivienda: 1112 Hospital 15.3 Núm. Exterior: 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: 15.6 Nombre del asentamiento humano: Soledad de Graciano 15.7 Código Postal: 784351 15.8 Localidad: Soledad de Graciano 15.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 15.10 Entidad federativa:		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 23/07/2020 15:52 Día: Mes: Año: Horas: Minutos: 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐ 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Entre paréntesis modos de muerte - ejemplo: paro cardíaco, embolia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Síndrome de dificultad respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de): b) Neumonía COVID-19 Debido a (o como consecuencia de): c) Debido a (o como consecuencia de): d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado (número que le produjo): Insuficiencia renal crónica. Diabetes mellitus tipo 2	
20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 20.1 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 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 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (hotel, restaurante, etc.) ☐ Calle o caminata (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(los) fallecido(s):	
22.7 Antes 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 Jessica Jazmin Nombre(s): 23.1 Tipo de vivienda: 23.2 Nombre de la vivienda: 23.3 Núm. Exterior: 23.4 Núm. Interior: 23.5 Tipo de asentamiento humano: 23.6 Nombre del asentamiento humano: 23.7 Código Postal: 23.8 Localidad: 23.9 Municipio o Alcaldía: 23.10 Entidad federativa:		24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(A) Hija		25. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 7543300		26. FIRMA 	
25. CERTIFICADA POR Médico forense ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ 26. NOMBRE Luis Francisco Nombre(s): 26.1 Tipo de vivienda: 26.2 Nombre de la vivienda: 26.3 Núm. Exterior: 26.4 Núm. Interior: 26.5 Tipo de asentamiento humano: 26.6 Nombre del asentamiento humano: 26.7 Código Postal: 26.8 Localidad: 26.9 Municipio o Alcaldía: 26.10 Entidad federativa:		27. DOMICILIO Y TELÉFONO Avenida: 27.1 Tipo de vivienda: 27.2 Nombre de la vivienda: 27.3 Núm. Exterior: 27.4 Núm. Interior: 27.5 Tipo de asentamiento humano: 27.6 Nombre del asentamiento humano: 27.7 Código Postal: 27.8 Localidad: 27.9 Municipio o Alcaldía: 27.10 Entidad federativa:		28. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 28.1 Localidad: 28.2 Municipio o Alcaldía: 28.3 Entidad federativa: 28.4 Día: 28.5 Mes: 28.6 Año:		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN 29.1 Día: 29.2 Mes: 29.3 Año:		30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 30.1 Acta N°:	

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