

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) José Rosas González		2. FECHA DE NACIMIENTO 01/09/1935		3. SEXO ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ Se ignora	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO S.L.P.
5. CURP RDGJ350901HSPNS06		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora		7. NACIONALIDAD ☒ Mexicana ☐ Otra ☐ Se ignora	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Minutos Para menores de un mes: Días Horas Minutos Para menores de un año: Meses Días Horas Minutos Para menores de 28 días antes: 8.1 Fecha del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Pese (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ Soltero(a) ☐ Se ignora		10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): 10.1 Tipo de vivienda: Calle 10.2 Núm. Exterior: 61-A 10.3 Núm. Interior: La Cañada 10.4 Núm. Interior: La Cañada 10.5 Tipo de asentamiento humano: Villa de Reyes 10.6 Localidad: La Cañada 10.7 Código Postal: 79500 10.8 Localidad: La Cañada 10.9 Municipio o Acapulco: S.L.P. 10.10 Entidad federativa o país en donde se encuentra: S.L.P.	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL Sin ocupación ☒ Ocupado ☐ Se ignora ☐		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otro ☐ Se ignora ☐	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ ISSSTE ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ Otro ☐ Se ignora ☐		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Protección 15.2 Núm. Exterior: 1112 15.3 Núm. Interior: Colonia 15.4 Núm. Interior: Colonia 15.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia 15.6 Localidad: Colonia 15.7 Código Postal: 79500 15.8 Localidad: Colonia 15.9 Municipio o Acapulco: Colonia 15.10 Entidad federativa: S.L.P.		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: 01 Mes: 08 Año: 2020 Hora: 01 Minuto: 20	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? ☐ Sí ☒ No		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Véase señalamientos de inicio - ejemplo: paracetamol, alcohol, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Insuficiencia Respiratoria Aguda Severa Debido a (o como consecuencia de): b) Neumonía Viral Atípica SARS 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 patológico que produjo la muerte: a) Debido a (o como consecuencia de): b) Debido a (o como consecuencia de): c) Debido a (o como consecuencia de): d) Debido a (o como consecuencia de):	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 7 días		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 21.2 ¿Las causas anotadas afectan complicaciones específicas del embarazo, parto o puerperio? ☐ Sí ☒ No		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? ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 1112 22.4 Anote la relación que tiene el presunto agresor con el(los) fallecido(s): Colonia	
23. NOMBRE Agustín Rosas Sandoval		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) hijo		25. CERTIFICADA POR Médico titular ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Directivo J.J Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐	
26. DOMICILIO y TELÉFONO 26.1 Tipo de vivienda: Protección 26.2 Núm. Exterior: 1112 26.3 Núm. Interior: Colonia 26.4 Núm. Interior: Colonia 26.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia 26.6 Localidad: Colonia 26.7 Código Postal: 79500 26.8 Localidad: Colonia 26.9 Municipio o Acapulco: Colonia 26.10 Entidad federativa: S.L.P.		27. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: 01 Mes: 08 Año: 2020		28. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 28.1 Localidad: Colonia 28.2 Municipio o Acapulco: Colonia 28.3 Entidad federativa: S.L.P. 28.4 Día: 01 Mes: 08 Año: 2020	

200626756