

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

200634564



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO		200634564
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombres: <u>Modesto</u> Primer Apellido: <u>Cruz</u> Segundo Apellido: <u>Cabrera</u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día: <u>24</u> Mes: <u>02</u> Año: <u>1947</u>	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>
5. CURP <u>CUCM470224HSPRBD02</u>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: <u>73</u> Años cumplidos Para menores de un día: <u>73</u> Meses Para menores de una hora: <u>73</u> Días	9. ESTADO CONYUGAL Vivido(a) ☐ Separado(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ En unión libre ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): 10.1 Tipo de vivienda: <u>Privada</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>52 Casa 3</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>3</u> 10.4 Núm. Interior: <u>3</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Fracaccionamiento</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Lomas Oriente</u> 10.7 Código Postal: <u>79090</u> 10.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>		
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Tercera ☐ Superior ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>Completa</u> 11.2 Ocupación habitual: <u>Talabartero</u> 12.1 Trabajaba: <u>Sí</u> No ☐ Se ignora ☐		
12. OCUPACIÓN HABITUAL Talabartero <u>D2188800684M194702</u> 12.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>D2188800684M194702</u>		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora ☐		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>HQ26 Ciudad Valles SLP</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>00000000000000000000</u>		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Privada</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Boulevard México Larado Norte</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>34</u> 15.4 Núm. Interior: <u>34</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Fracaccionamiento</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>19 de enero</u> 15.7 Código Postal: <u>79059</u> 15.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: <u>18</u> Mes: <u>04</u> Año: <u>2020</u> Hora: <u>23</u> Minutos: <u>30</u>		
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 (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) <u>Falla orgánica múltiple</u> 48 hrs b) <u>Síndrome de insuficiencia respiratoria severa</u> 1 semana c) <u>Neumonía viral</u> 2 semanas d) <u>COVID-19</u> 2 semanas e) <u>Obesidad</u> 20 años f) <u>Dichos Melitus no insulino dependiente</u> 1 mes		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u>48 hrs</u>		
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 ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: <u>Accidente</u> 22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <u>Sí</u> No ☐ Se ignora ☐		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Tipo de vivienda: <u>Vivienda particular</u> 23.2 Lugar donde ocurrió la lesión: <u>Área deportiva</u> 23.3 Tipo de actividad: <u>Deportiva</u> 23.4 Tipo de lesión: <u>Caída o caídas (vía pública)</u> 23.5 Tipo de lesión: <u>Caída o caídas (vía pública)</u> 23.6 Tipo de lesión: <u>Caída o caídas (vía pública)</u> 23.7 Tipo de lesión: <u>Caída o caídas (vía pública)</u> 23.8 Tipo de lesión: <u>Caída o caídas (vía pública)</u> 23.9 Tipo de lesión: <u>Caída o caídas (vía pública)</u> 23.10 Tipo de lesión: <u>Caída o caídas (vía pública)</u>		
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ <u>Directivo de guardia</u> 1979285 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <u>1979285</u>		
27. NOMBRE Nombre(s): <u>Julio César Cortés Martínez</u> 28. FIRMA: <u>[Firma]</u>		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Privada</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Boulevard México Larado Norte 94</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>34</u> 29.4 Núm. Interior: <u>34</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Fracaccionamiento</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>19 de enero</u> 29.7 Código Postal: <u>79059</u> 29.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u>4813823493</u>		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: <u>18</u> Mes: <u>04</u> Año: <u>2020</u>		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm.: <u>31.1 Acta Núm.</u> Libro Núm.: <u>31.2 Municipio o Alcaldía</u>		
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>32.2 Municipio o Alcaldía</u> 32.3 Entidad federativa: <u>32.4 Día</u> 32.5 Mes: <u>32.6 Año</u>		

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