

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Dionicio Hernandez Olvera		2. FECHA DE NACIMIENTO 09/11/1956		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP HEOD561109HSPRLNO1		6. ¿HABLABA 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 Para menores de un mes: _____ Días Para menores de un año: _____ Meses Para personas de un año o más: 063 Años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☒ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivió el fallecido (a) Calle 73		10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda		10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior	
10.5 Tipo de asentamiento humano El Sabino		10.6 Nombre del asentamiento humano Xilitla		10.7 Código Postal 20100		10.8 Localidad San Luis Potosí	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Se ignora ☐		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☒ Incompleta ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar		12.1 Trabajaba Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ 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 ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ Se ignora ☐		14.1 Nombre de la unidad médica _____	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle 73		15.1 Tipo de vivienda 15.2 Nombre de la vivienda		15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior	
15.5 Tipo de asentamiento humano Xilitla		15.6 Nombre del asentamiento humano Xilitla		15.7 Código Postal 20100		15.8 Localidad San Luis Potosí	
15.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí		15.10 Entidad federativa San Luis Potosí		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 05/03/2020 03:30		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.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 2 min		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE _____	
19.1 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Paro Cardíaco respiratorio		19.2 Debido a (o como consecuencia de) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica		19.3 Debido a (o como consecuencia de) Seguimiento de Tuberculosis Pulmonar		19.4 Debido a (o como consecuencia de) _____	
19.5 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		19.6 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		19.7 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		19.8 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	
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. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐		22. ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐		23. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
24. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 24.1 Fue un presunto Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐		24.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐		24.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐		24.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____	
24.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		24.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____		24.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____		24.8 Tipo de vivienda _____	
24.9 Núm. Exterior _____		24.10 Núm. Interior _____		24.11 Tipo de asentamiento humano _____		24.12 Nombre del asentamiento humano _____	
24.13 Código Postal _____		24.14 Localidad _____		24.15 Municipio o Alcaldía _____		24.16 Entidad federativa _____	
25. NOMBRE Bernardo Hernandez Olvera		26. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo		27. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Médico Pasante ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		28. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
29. NOMBRE Luis Andres Maldonado Morales		30. FIRMA [Firma]		31. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle 73		32. TIPO DE VIVIENDA 10.3 Núm. Exterior	
33. TIPO DE VIVIENDA 10.4 Núm. Interior		34. TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO Xilitla		35. NOMBRE DEL ASENTAMIENTO HUMANO Xilitla		36. CÓDIGO POSTAL 20100	
37. LOCALIDAD San Luis Potosí		38. MUNICIPIO O ALCALDÍA San Luis Potosí		39. ENTIDAD FEDERATIVA San Luis Potosí		40. FECHA DE CERTIFICACIÓN 09/03/2020	
41. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO Núm. 04 , Libro Núm. 05		42. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad Xilitla		43. FECHA DE REGISTRO 32.2 Día 09/03/2020		44. FECHA DE REGISTRO 32.3 Mes 03	
45. FECHA DE REGISTRO 32.4 Año 2020		46. FECHA DE REGISTRO 32.5 Día 09		47. FECHA DE REGISTRO 32.6 Mes 03		48. FECHA DE REGISTRO 32.7 Año 2020	

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