

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	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Gabriela Guadalupe Alvarado del Angel			
	2. FECHA DE NACIMIENTO 28/02/1973		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO
	5. CURP			
	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
	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 Años cumplidos 47 Se ignora <input type="radio"/> 9			
	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
DE LA DEFUNCIÓN	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Avenida Fraccionamiento Villa Lolita			
	10.3 Núm. Exterior 79970		10.4 Núm. Interior	
	10.5 Tipo de asentamiento humano Matlapa Matlapa		10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
	10.7 Código Postal		10.8 Localidad	
	10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 La escolaridad seleccionada es: Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 9 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2			
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	12. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar			
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 9			
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Se ignora <input type="radio"/> 9			
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad s/n 15.2 Nombre de la vialidad Villa Lolita			
	15.3 Núm. Exterior 79970		15.4 Núm. Interior	
	15.5 Tipo de asentamiento humano Matlapa Matlapa		15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
DEL REG. CIVIL	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10/07/2020 07:00			
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2			
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Acidosis respiratoria Debido a (o como consecuencia de) b) Hemorragia subaracnoidea Debido a (o como consecuencia de) c) Hipertensión arterial Debido a (o como consecuencia de) d) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			
	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte minutos horas años			
	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE			
DEL CERTIFICANTE	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/> 5			
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica, obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9			
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:			
	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio			
	22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad 22.7.2 Nombre de la vialidad 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			
DEL INF.	23. NOMBRE Omar Charur Azuara			
	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Amigo			
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique			
	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1175185 Número de la cédula profesional			
	27. NOMBRE Moisés Pardifñas Melo			
	28. FIRMA			
DEL REG. CIVIL	29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad Calle 29.2 Nombre de la vialidad Hidalgo 29.3 Núm. Exterior 2 29.4 Núm. Interior Colonia 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano Centro 29.7 Código Postal 79970 29.8 Localidad Matlapa 29.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí 29.10 Entidad federativa San Luis Potosí 29.11 Teléfono 4 833 6401 34			
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 10/07/2020			
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 01 , Libro Núm. 02 31.1 Acta Núm. 00096			
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad MATLAPA 32.2 Municipio o Alcaldía S.L.P. 32.3 Entidad federativa San Luis Potosí 32.4 Día Mes Año 13/07/2020			

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