

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) <div>Manuel Morin Martinez</div> <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <div>10041936</div> <div>Día Mes Año</div>	
3. SEXO <div>Hombre 1</div> <div>Mujer 2</div> <div>Se ignora 9</div>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <div>San Luis Potosi</div> <div>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</div>	
5. CURP <div>MOMM360410HS PRRN07</div> <div>Se ignora 99</div>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <div>No 2</div> <div>Se ignora 9</div>	
7. NACIONALIDAD <div>Mexicana 1</div> <div>Otra 2</div> <div>Se ignora 9</div>	
8. EDAD CUMPLIDA <div>084</div> <div>Años cumplidos</div>	
9. ESTADO CONYUGAL <div>Casado(a) 5</div> <div>Se ignora 9</div>	
10. RESIDENCIA HABITUAL <div>Calle Axtla Barrio San Juan Bosco</div> <div>10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad</div>	
11. ESCOLARIDAD <div>Primaria 3</div> <div>Secundaria 5</div> <div>Se ignora 99</div>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <div>Profesor</div> <div>Se ignora 99</div>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>IMSS 2</div> <div>PEMEX 4</div> <div>SEMAR 6</div> <div>IMSS PROSPERA 10</div> <div>Se ignora 99</div>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Secretaría de Salud 1</div> <div>IMSS 3</div> <div>PEMEX 5</div> <div>SEMAR 7</div> <div>Unidad médica pública 8</div> <div>Unidad médica privada 9</div>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>136</div> <div>15.1 Tipo de vialidad</div>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>01082020</div> <div>Día Mes Año</div>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>No 2</div> <div>Se ignora 9</div>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <div>No 2</div> <div>Se ignora 9</div>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) <div>Insuficiencia Respiratoria Aguda</div> <div>Causas antecedentes: Caso sospechoso SARS-COV-2</div>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <div>Código CIE</div>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <div>El embarazo 1</div> <div>El parto 2</div> <div>El puerperio 3</div> <div>43 días a 11 meses después del parto o aborto 4</div> <div>No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5</div>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>Accidente 1</div> <div>Homicidio 2</div> <div>Suicidio 3</div> <div>Se ignora 9</div>	
23. NOMBRE <div>Manuel Demetrio Morin Perez</div> <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Hijo</div>	
25. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante 1</div> <div>Médico legista 2</div> <div>Otro médico* 3</div> <div>Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4</div> <div>Autoridad civil* 5</div> <div>Otro* 8</div> <div>General</div> <div>*Especifique</div>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>9556913</div> <div>Número de la cédula profesional</div>	
27. NOMBRE <div>Ariadne Oropeza Sanchez</div> <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>	
28. FIRMA <div>[Firma]</div>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <div>Calle Libramiento al COBACH 136</div> <div>29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad</div>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>01082020</div> <div>Día Mes Año</div>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <div>Núm. 1</div> <div>Libro Núm. 5</div>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>C-Hidalgo y 5 de Mayo A Hds SAN</div> <div>32.1 Localidad 32.2 Entidad federativa 32.3 Fecha de registro</div>	

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