

**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) <div>Elpidio Hernandez Doores</div>				
	2. FECHA DE NACIMIENTO <div>22/11/1940</div>		3. SEXO <div>Hombre <input checked="" type="radio"/>1</div>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <div>San Luis Potosí</div>	
	5. CURP <div>HEDE401122HSARLL09</div>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <div>No <input checked="" type="radio"/>2</div>		7. NACIONALIDAD <div>Mexicana <input checked="" type="radio"/>1</div>
	8. EDAD CUMPLIDA <div>79 años</div>		9. ESTADO CONYUGAL <div>Casado(a) <input checked="" type="radio"/>5</div>		10. RESIDENCIA HABITUAL <div>Calle Niños Héroes Ejido Cuauhtémoc</div>
DE LA DEFUNCIÓN	11. ESCOLARIDAD <div>Primaria <input checked="" type="radio"/>3</div>			12. OCUPACIÓN HABITUAL <div>Campeño <input checked="" type="radio"/>1</div>	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>IMSS <input checked="" type="radio"/>2</div>			14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Hospital Rural 16 Axtla</div>	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Libramiento al cobach colonia Santa María II Axtla de Terrazas</div>			16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>30/08/2020 14:40</div>	
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>No <input checked="" type="radio"/>2</div>			18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? <div>No <input checked="" type="radio"/>2</div>	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) <div>Choque Hemorrágico grado IV</div>			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>16 hrs.</div>	
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <div>Suspecho de SARS-CoV2</div>			21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <div>El embarazo <input type="radio"/>1</div>	
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: <div>Accidente <input type="radio"/>1</div>			23. SITIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN <div>Vivienda particular <input type="radio"/>0</div>	
	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Nieta</div>			25. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante <input type="radio"/>1</div>	
DEL REG. CIVIL	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>422230</div>			27. NOMBRE <div>Claudia Mavriel Bravo Galicia</div>	
	28. FIRMA <div>[Firma]</div>			29. DOMICILIO y TELÉFONO <div>Libramiento al cobach colonia Axtla de Terrazas</div>	
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>30/08/2020</div>			31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <div>Núm. 01, Libro Núm. OS</div>	
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>Axtla de Terrazas, S.L.P. 02/09/2020</div>			33. Acta Núm. <div>183</div>	

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