

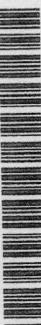


SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
200639862

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		ALBERTO MACIAS		VITE Segundo Apellido
Nombre(s)		Primer Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO		25/01/1933		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		SAN LUIS POTOSI
3. SEXO				6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?
Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9				Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO				7. NACIONALIDAD
SANTO DOMINGO				Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique
Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)				Se ignora <input type="radio"/> 9
5. CURP		MAVA3301126145PCTL08		8. EDAD CUMPLIDA
CURP		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
				087 Se ignora <input type="radio"/> 9
9. ESTADO CONYUGAL				10. RESIDENCIA HABITUAL
Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4				Año de residencia permanente donde vivía el fallecido (a)
Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9				79 PASAJE
				10.2 Nombre de la vialidad
				RAYO VIEJO
				10.6 Nombre del asentamiento humano
				SAN LUIS POTOSI
				10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
10. RESIDENCIA HABITUAL				11. ESCOLARIDAD
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)				Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10
				Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99
				11.1 La escolaridad seleccionada es:
				Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2
				12. Ocupación Habitual
				CONFICIENTE
				12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD				13.1 Número de seguridad social o afiliación
Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10				Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
				14. SITIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5		SEDERNA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7		14.1 Nombre de la unidad médica
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6		Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
15. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN				15.1 Tipo de vialidad
1112		COLONIA		15.2 Nombre de la vialidad
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano
78436		SOLDEV DE GRACIANO		SOLDEV DE GRACIANO SAN LUIS POTOSI
				15.6 Nombre del asentamiento humano
				15.10 Entidad federativa
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN				17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?
26/11/2020		01142		Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
Dia Mes Año		Horas Minutos		18. SE PRACTICÓ NECROPSIA?
				Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
PARTE I		a) INFLUENZA ATÍPICA SARS-COV-2		180JAS
Enfermedad, lesión o estadio patológico que produjo la muerte directamente		Debido a (o como consecuencia de)		
Causas antecedentes		b) Debido a (o como consecuencia de)		
Estados morbosos, si existiera alguno, que provocó la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica				
		c) Debido a (o como consecuencia de)		
		d) Debido a (o como consecuencia de)		
PARTE II		DIABETES MELLITUS TIPO 2		
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estadio morbosos que la produjeron		HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS				ATOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		ANOS
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 43 días a 11 meses		El puerperio <input type="radio"/> 3		
después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		
		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE				21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
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?		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 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 motivo 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		22.7.6 Nombre del asentamiento humano
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía
				22.7.10 Entidad federativa
23. NOMBRE		MARISEL PEREZ ALVAREZ		24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A)
Nombre(s)		Primer Apellido Segundo Apellido		POREJA
25. CERTIFICADA POR				26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO
Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1		Otro médico <input type="radio"/> 2		10107-109
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Autoridad civil <input type="radio"/> 5		Número de la cédula profesional
		Otro <input type="radio"/> 6		
		*Especifique		
27. NOMBRE		RAUL ALFONSO DIAZ VALENTIN ARENAL		28. FIRMA
Nombre(s)		Primer Apellido Segundo Apellido		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		RIVAS GUILLEN 29.6 Nombre del asentamiento humano		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN
29.1 Tipo de vialidad		SOLDEV DE GRACIANO 29.9 Municipio o Alcaldía		26/11/2020
29.7 Código Postal		29.8 Localidad		Día Mes Año
		29.9 Entidad federativa		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		
Número _____, Libro Número _____		32.1 Localidad		
31.1 Acta Número _____		32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa
				32.4 Día Mes Año

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



ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a 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 POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARSES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL REG. CIVIL