



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

FOLIO
200639940

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

DE LA DEFUNCIÓN		DETALLES DE LA DEFUNCIÓN									
		<p>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Victor Manuel</u> 2. FECHA DE NACIMIENTO <u>10/10/1961</u> 3. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>DISITITO</u> 5. CURP <u>LOIAV6110601SHDIFPILCOZ</u> 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No 7. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra 8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> 4 10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>326</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Av. de los Coacalcos</u> 10.3 Núm. Exterior <u>1718138101</u> 10.4 Núm. Interior <u>10.5 Tipo de asentamiento humano</u> <u>Col. Encuentro</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>38260</u> 10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u></p>									
		<p>11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Comercio</u> 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 5 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora 13.1 Número de seguridad social o afiliación 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 privada 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Salcedo</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Avenida</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Valentín Amador</u> 15.3 Núm. Exterior <u>112</u> 15.4 Núm. Interior <u>15.5 Tipo de asentamiento humano</u> <u>Hospital</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>38260</u> 15.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>21</u> Mes <u>10</u> Año <u>2010</u> Horas <u>11</u> Minutos <u>215</u> 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <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.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Catartidosis</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Catártico</u> Debido a (o como consecuencia de) d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo enfermedad venital decesos 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 <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 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 Área industrial <input type="radio"/> 6 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Via pública <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) 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 <u>22.7.4 Núm. Interior</u> 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 23. NOMBRE <u>Salvador</u> 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) 25. CERTIFICADA POR 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 27. NOMBRE <u>Luis Francisco</u> 28. FIRMA 29. DOMICILIO Y TELÉFONO 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO </p>									
DE LA DEFUNCIÓN		DETALLES DE LA DEFUNCIÓN									
		<p>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Victor Manuel</u> 2. FECHA DE NACIMIENTO <u>10/10/1961</u> 3. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>DISITITO</u> 5. CURP <u>LOIAV6110601SHDIFPILCOZ</u> 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No 7. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra 8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> 4 10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>326</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Av. de los Coacalcos</u> 10.3 Núm. Exterior <u>1718138101</u> 10.4 Núm. Interior <u>10.5 Tipo de asentamiento humano</u> <u>Col. Encuentro</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>38260</u> 10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u></p>									
		<p>11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Comercio</u> 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 5 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora 13.1 Número de seguridad social o afiliación 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 privada 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Salcedo</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Avenida</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Valentín Amador</u> 15.3 Núm. Exterior <u>112</u> 15.4 Núm. Interior <u>15.5 Tipo de asentamiento humano</u> <u>Hospital</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>38260</u> 15.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>21</u> Mes <u>10</u> Año <u>2010</u> Horas <u>11</u> Minutos <u>215</u> 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <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.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Catartidosis</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Catártico</u> Debido a (o como consecuencia de) d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo enfermedad venital decesos 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 <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 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 Área industrial <input type="radio"/> 6 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Via pública <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) 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 <u>22.7.4 Núm. Interior</u> 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 23. NOMBRE <u>Salvador</u> 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) 25. CERTIFICADA POR 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 27. NOMBRE <u>Luis Francisco</u> 28. FIRMA 29. DOMICILIO Y TELÉFONO 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO </p>									
DE LA DEFUNCIÓN		DETALLES DE LA DEFUNCIÓN									
		<p>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Victor Manuel</u> 2. FECHA DE NACIMIENTO <u>10/10/1961</u> 3. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>DISITITO</u> 5. CURP <u>LOIAV6110601SHDIFPILCOZ</u> 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No 7. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra 8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> 4 10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>326</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Av. de los Coacalcos</u> 10.3 Núm. Exterior <u>1718138101</u> 10.4 Núm. Interior <u>10.5 Tipo de asentamiento humano</u> <u>Col. Encuentro</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>38260</u> 10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u></p>									
		<p>11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Comercio</u> 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 5 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora 13.1 Número de seguridad social o afiliación 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 privada 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Salcedo</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Avenida</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Valentín Amador</u> 15.3 Núm. Exterior <u>112</u> 15.4 Núm. Interior <u>15.5 Tipo de asentamiento humano</u> <u>Hospital</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>38260</u> 15.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>21</u> Mes <u>10</u> Año <u>2010</u> Horas <u>11</u> Minutos <u>215</u> 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <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.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Catartidosis</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Catártico</u> Debido a (o como consecuencia de) d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo enfermedad venital decesos 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 <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 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 Área industrial <input type="radio"/> 6 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Via pública <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) 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 <u>22.7.4 Núm. Interior</u> 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 23. NOMBRE <u>Salvador</u> 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) 25. CERTIFICADA POR 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 27. NOMBRE <u>Luis Francisco</u> 28. FIRMA 29. DOMICILIO Y TELÉFONO 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO </p>									
DE LA DEFUNCIÓN		DETALLES DE LA DEFUNCIÓN									
		<p>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Victor Manuel</u> 2. FECHA DE NACIMIENTO <u>10/10/1961</u> 3. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>DISITITO</u> 5. CURP <u>LOIAV6110601SHDIFPILCOZ</u> 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No 7. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra 8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> 4 10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>326</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Av. de los Coacalcos</u> 10.3 Núm. Exterior <u>1718138101</u> 10.4 Núm. Interior <u>10.5 Tipo de asentamiento humano</u> <u>Col. Encuentro</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>38260</u> 10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u></p>									
		<p>11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Comercio</u> 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 5 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora 13.1 Número de seguridad social o afiliación 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</p>									