

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

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO(A)	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Maria Ines Hernandez Pedraza</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>28.01.1936</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Guanajuato</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>H E P I 3 6 0 1 2 8 H G T R D N O . 8</u> Se ignora ☐	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ → Especificar _____ Se ignora ☐	
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 <u>84</u> Se ignora ☐	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Vuelto(a) ☒ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Antes en domicilio permanente donde vivió el fallecido (a): <u>Calle Cuhtemac</u> 10.1 Tipo de vivienda: <u>201</u> 10.2 Nombre de la vivienda:	
10.3 Num. Exterior: <u>79191010</u> 10.7 Código Postal:	10.4 Num. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tamazopo Tamazopo</u> 10.6 Número del asentamiento humano: 10.8 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ Incompleta ☐	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar ☒ 12.1 Trabajista ☐ No ☐ Se ignora ☐ 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>4163201089-2</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>IMSS H62 No.6</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES): _____	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Boulevard México - Laredo Fraccionamiento 19 de Enero Cd. Valles Cd. Valles 15.1 Tipo de vivienda: 15.2 Num. Exterior: <u>919</u> 15.3 Num. Interior: 15.4 Num. Asentamiento humano: 15.5 Código Postal: 15.6 Localidad: 15.7 Municipio o Alcaldía: 15.8 Entidad federativa:	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: <u>10.6</u> Mes: <u>12</u> Año: <u>2020</u> Hora: <u>17</u> Minuto: <u>10</u> 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐ 18. ¿SE PRÁCTICO NECROPSIA? Sí ☐ No ☐	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Inmediata, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. a) <u>Insuficiencia Respiratoria</u> Debido a (n) como consecuencia de: b) <u>Covid-19</u> Debido a (n) como consecuencia de: c) <u>EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)</u> Debido a (n) como consecuencia de: d) _____ CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, si existen algunos que produjeron la lesión conyugada arriba, mencionándolos en último lugar la causa básica. PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeran a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que le produjo.	
20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 15 A 54 AÑOS 20.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 40 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒ 21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒ 21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐ 22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 ¿Siempre ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ 22.4 Ante la relación que tenía el presunto agresor con ella (fallecida): Área industrial (taller, fábrica y obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ 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 vivienda: 22.7.2 Nombre de la vivienda: 22.7.3 Num. Exterior: <u>919</u> 22.7.4 Num. 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:	
23. NOMBRE <u>Tiborsio Benites Hernandez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ *Especificar _____ 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>7782886</u> Número de la cédula profesional 27. NOMBRE <u>Alexander Alir Torres Recondo</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Boulevard México - Laredo Fraccionamiento 19 de Enero Cd. Valles Cd. Valles 29.1 Tipo de vivienda: 29.2 Num. Exterior: <u>919</u> 29.3 Num. Interior: 29.4 Num. Asentamiento humano: 29.5 Código Postal: 29.6 Localidad: 29.7 Municipio o Alcaldía: 29.8 Entidad federativa: 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: _____ Mes: _____ Año: _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. _____ Libro Num. _____ 31.1 Acta Num. _____ 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: _____ 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