

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



210830320

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <div>Eulalia Hernandez Aguilar</div> <div>Nombre(s)Primer ApellidoSegundo Apellido</div>		
	2. FECHA DE NACIMIENTO <div>15/02/1935</div> <div>DíaMesAño</div>		3. SEXO <div>Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <div>San Luis Potosi</div> <div>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</div>		
	5. CURP <div>HEHE350215MSR94100</div> <div>Se ignora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>		
DE LA DEFUNCION	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <div>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>		
	7. NACIONALIDAD <div>Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Especifique</div>		
	8. EDAD CUMPLIDA <div>Para menores de una hora: <input type="text"/> Minutos Para menores de un día: <input type="text"/> Horas Para menores de un mes: <input type="text"/> Dias Para menores de un año: <input type="text"/> Meses Para personas de un año o más: <div>085</div> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/></div>		
	9. ESTADO CONYUGAL <div>Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>		
MORTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	10. RESIDENCIA HABITUAL <div>Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <div>Calle 5 de Mayo</div> 10.1 Tipo de vialidad <div>1223 Barrio San Miguelito</div> 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano <div>78339 San Luis Potosi San Luis Potosi</div> 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</div>		
	11. ESCOLARIDAD <div>Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> La escolaridad seleccionada es: <div>Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/></div> 11.1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.2</div>		
	12. OCUPACIÓN HABITUAL <div>Hogar</div> 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2		

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación			
DEL CERTIFICANTE	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital General de Soledad 14.1 Nombre de la unidad médica IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Avenida Valentín Amorador 15.1 Tipo de vialidad 1112 Colonia Genovevo Rivas Guillén 15.2 Nombre de la vialidad 78346 Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosi 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 03/11/2020 11:15:3 16.1 Fecha 16.2 Hora			
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐			
DEL CERTIFICANTE	18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Neumonía por COVID 19 19.1 Debido a (o como consecuencia de) 19.2 b) Debido a (o como consecuencia de) 19.3 c) Debido a (o como consecuencia de) 19.4 d) Debido a (o como consecuencia de) 19.5 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Hipertensión Arterial Sistémica 19.6 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 19.7 Código CIE 19.8			
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 ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 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? Si ☐ No ☐ 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☐			
DEL CERTIFICANTE	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? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Área comercial o de servicio ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ 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 22.7.4 Núm. 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 Ana del Carmen Badillo Hernandez 23.1 Nombre(s)Primer ApellidoSegundo Apellido			
DEL CERTIFICANTE	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) sobrina 24.1		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico* ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil* ☐ Otro* ☐ *Especifique			
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 3272274 26.1 Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE Lucia Susana Orduña Torres 27.1 Nombre(s)Primer ApellidoSegundo Apellido			
DEL CERTIFICANTE	28. FIRMA Orduña 28.1		
29. DOMICILIO y TELÉFONO Avenida Valentín Amorador 1112 Colonia Genovevo Rivas Guillén 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 78346 Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosi 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 03/11/2020 30.1 DíaMesAño			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm. 31.1			
REG. CIVIL	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad		