

EN REEMPLAZO DEL ORIGINAL LA 1ª COPIA INCLUYE AL REGISTRO CIVIL PARA PODER TENER EL ACTA DE DEFUNCION

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

210831203

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Gloria Gómez Mendoza</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
	2. FECHA DE NACIMIENTO <u>02/04/1971</u> Día Mes Año	
	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
DEL FALLECIDO	5. CURP <u>GOMG710402MSBNNL02</u> Se ignora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifica <u>Mexicana</u>	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>049</u> Años cumplidos Para menores de un día: <u>049</u> Años cumplidos Para menores de un mes: <u>049</u> Años cumplidos Para menores de un año: <u>049</u> Años cumplidos Para personas de un año o más: <u>049</u> Años cumplidos	
DEL FALLECIDO	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle Sin nombre</u> 10.1 Tipo de vivienda: <u>Norias del Refugio</u> 10.2 Nombre de la vivienda	
	10.3 Núm. Exterior: <u>7181810</u> 10.4 Núm. Interior: <u>Norias del Refugio</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Guadalupe</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano	
	10.7 Código Postal: <u>7181810</u> 10.8 Localidad: <u>Guadalupe</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>	
DEL FALLECIDO	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
	12. OCUPACIÓN HABITUAL Auxiliar de Servicios <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Trabajaba <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	13.1 Número de seguridad social o afiliación	
DEL FALLECIDO	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General de Soledad</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>SP1515101173113</u>	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Avenida</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Valentín Amador</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>1112</u> 15.4 Núm. Interior: <u>Colonia</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Rivas Guillén</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano	
	15.7 Código Postal: <u>7181413</u> 15.8 Localidad: <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
DEL FALLECIDO	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: <u>14</u> Mes: <u>11</u> Año: <u>2020</u> Horas: <u>21</u> Minutos: <u>35</u>	
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) <u>Choque séptico</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía por COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
DEL FALLECIDO	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u>8 horas</u> <u>2 días</u>	
	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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/>	
	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
DEL FALLECIDO	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): <u></u> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u></u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u></u> 22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: <u></u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u></u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u></u> 22.7.4 Núm. Interior: <u></u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u></u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u></u> 22.7.7 Código Postal: <u></u> 22.7.8 Localidad: <u></u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u></u> 22.7.10 Entidad federativa: <u></u>	
	23. NOMBRE <u>Gema Guadalupe Segundo Gómez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>	
	25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> *Especifique: <u></u>	
DEL FALLECIDO	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>6595872</u> Número de la cédula profesional	
	27. NOMBRE <u>Alberto Ruiz Mondragón</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
	28. FIRMA <u></u>	
	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Avenida</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Valentín Amador</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>1112</u> 29.4 Núm. Interior: <u>Colonia</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Rivas Guillén</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 29.7 Código Postal: <u>7181413</u> 29.8 Localidad: <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u>44482601010</u>	
DEL FALLECIDO	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: <u>14</u> Mes: <u>11</u> Año: <u>2020</u>	
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u></u> Libro Núm. <u></u>	
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u></u> 32.2 Municipio o Alcaldía: <u></u> 32.3 Entidad federativa: <u></u> 32.4 Día: <u></u> Mes: <u></u> Año: <u></u>	
	33. ACTA NÚM. <u></u>	

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