CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

210831287

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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Juan Manuel Jaime Ochoa (Nombre(s) / Primer Apellido / Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO: 03 (Día) 06 (Mes) 1954 (Año) | 3. SEXO: Hombre ● 1 Mujer ○ 2 Se ignora ○ 9 | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: Jalisco (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP: JAOJ540603HJCMCN00 Se ignora ○ 99 | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○ 1 No ● 2 Se ignora ○ 3 | 7. NACIONALIDAD Mexicana ● 1 Otra ○ 3 → Especifique | Se ignora ○ 9

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: 066 (Años cumplidos) | Se ignora ○ 9

Para menores de 28 días anote: 8.1 Fecha del Certificado de Nacimiento | 8.2 Semanas de gestación | 8.3 Peso (gramos)

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) ○ 8 Viudo(a) ○ 2 Casado(a) ● 5 En unión libre ○ 4 Divorciado(a) ○ 3 Soltero(a) ○ 1 Se ignora ○ 9

10. RESIDENCIA HABITUAL (Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)): 10.1 Tipo de vialidad: Privada | 10.2 Nombre de la vialidad: Benito Juarez | 10.3 Núm. Exterior: 101 | 10.4 Núm. Interior: — | 10.5 Tipo de asentamiento humano: — | 10.6 Nombre del asentamiento humano: — | 10.7 Código Postal: 47280 | 10.8 Localidad: Bajio de San Jose | 10.9 Municipio o Alcaldía: Encarnación Diaz | 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Jalisco

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ○ 1 Preescolar ○ 12 Primaria ● 3 Secundaria ○ 5 Bachillerato o preparatoria ○ 7 Profesional ○ 8 Posgrado ○ 10 Se ignora ○ 99 | 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ● 1 Incompleta ○ 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: Jubilado | Se ignora ○ 99 | 12.1 Trabajaba: Sí ○ 1 No ● 2 Se ignora ○ 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ● 1 ISSSTE ○ 3 SEDENA ○ 5 Seguro Popular ○ 7 Otra ○ 9 / IMSS ○ 2 PEMEX ○ 4 SEMAR ○ 6 IMSS PROSPERA ○ 10 Se ignora ○ 99 | 13. Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ● 1 IMSS ○ 3 PEMEX ○ 5 SEMAR ○ 7 / IMSS PROSPERA ○ 2 ISSSTE ○ 4 SEDENA ○ 6 Otra unidad pública ○ 8 Unidad médica privada ○ 9 | 14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Soledad | 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | Vía pública ○ 10 Otro lugar ○ 12 Hogar ○ 11 Se ignora ○ 99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: 15.1 Tipo de vialidad: Prolongacion | 15.2 Nombre de la vialidad: Valentin Amador Rivas Guillen | 15.3 Núm. Exterior: 1112 | 15.4 Núm. Interior: — | 15.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia | 15.6 Nombre del asentamiento humano: | 15.7 Código Postal: | 15.8 Localidad: Soledad de Graciano Sanchez | 15.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosi | 15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 16 (Día) 11 (Mes) 2020 (Año) 16 20 (Horas Minutos) | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ● 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9 | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○ 1 No ● 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, asfixia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Arritmia Letal	30 min	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada antes, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Neumonia Atipica por SARS COV-2 (Debido a (o como consecuencia de))	15 dias	
	c) (Debido a (o como consecuencia de))		
	d)		
PARTE II. Otras afecciones patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado morboso que la produjo	Hipertension Arterial Sistemica	10 años	
	Diabetes Mellitus Tipo 2	10 años	

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 ○ 1 El parto ○ 2 El puerperio ○ 3 A más de 11 meses pero menos de un año de la terminación del parto, aborto o cesárea ○ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○ 5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○ 1 No ○ 2
21.3 ¿Las causas anotadas se complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○ 1 No ○ 2

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ○ 1 Homicidio ○ 2 Suicidio ○ 3 Se ignora ○ 9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○ 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○ 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○ 1 Escuela u oficina pública ○ 2 Área deportiva ○ 3 Calle o carretera (vía pública) ○ 4 Área comercial o de servicio ○ 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○ 6 Granja (rancho o parcela) ○ 7 Otro ○ 8 Se ignora ○ 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, circunstancias 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: Juan Carlos (Nombre(s)) Jaime (Primer Apellido) Magdaleno (Segundo Apellido)

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Hijo

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○ 1 Médico legista ○ 2 Otro médico* ● 3 Autoridad civil* ○ 5 Otro* ○ 8 (*Especifique: Directivo de guardia)

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 3288380

27. NOMBRE: Mauro (Nombre(s)) Ramirez (Primer Apellido) Cuervo (Segundo Apellido)

28. DOMICILIO Y TELEFONO DEL CERTIFICANTE: 29.1 Tipo de Vialidad: Prolongacion | 29.2 Nombre de la vialidad: Valentin Amador | 29.3 Núm. Exterior: 1112 | 29.4 Núm. Interior: — | 29.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia | 29.6 Nombre del asentamiento humano: Rivas Guillen | 29.7 Código Postal: | 29.8 Localidad: Soledad de Graciano | 29.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosi | 29.10 Entidad federativa: | 29.11 Teléfono: 8260100

29. FIRMA

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 16 (Día) 11 (Mes) 2020 (Año)

31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO