

REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL  
 REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL  
 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
 ESTADO DE SAN LUIS POTOSI  
 REGISTRO DEL ESTADO CIVIL



Nº 3110

EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE SAN LUIS POTOSI Y COMO OFICIAL PRIMERO  
 DEL REGISTRO CIVIL DE ESTE LUGAR CERTIFICO: SER CIERTO QUE EN EL CUADERNO TERCERO DE  
 ESTADO CIVIL, NAC. DEL REGISTRO CIVIL QUE ES A MI CARGO EN LA FOJA 69 v. SE ENCUENTRA  
 ASENTADA EL ACTA NUM. 1818 DEL AÑO DE 1943 LEVANTADA POR EL C. OFICIAL  
CONSTANTINO RUBIO. DEL REGISTRO CIVIL EN EL CUAL SE CONTIENEN LOS  
 SIGUIENTES DATOS.

### ACTA DE NACIMIENTO

Nombre LAZARO ADRIAN DAMASIO Registro Civil Registro Civil Registro Civil  
 Fecha de levantamiento del acta 19 de DICIEMBRE de 1943 hora 43  
 Fecha de Nacimiento 17 DE DICIEMBRE DE 1943 hora 7:00

Presentado:  Vivo  Muerto Registro Sexo:  RM Masculino  RF Femenino

Lugar de Nacimiento TAMAZUNCHALE S.L.P.

Comparció  El Padre  La Madre  Ambos  Persona Distinta

### PADRES

Nombre SANTIAGO ADRIAN Edad 27 Nacionalidad MEXICANA  
 Nombre FULGENCIA DAMASIO Edad 24 Nacionalidad MEXICANA

Domicilio TAMAZUNCHALE S.L.P.

### ABUELOS

Abuelo Paterno ----- Nacionalidad -----  
 Abuela Paterna ----- Nacionalidad -----

Abuelo Materno ----- Nacionalidad -----  
 Abuela Materna ----- Nacionalidad -----

Domicilio -----

### TESTIGOS

Nombre CRESCENTIO HERNANDEZ Edad 42 Nacionalidad MEXICANA  
 Domicilio TAMAZUNCHALE S.L.P.

Nombre MARIO CONTRERAS Edad 22 Nacionalidad MEXICANA  
 Domicilio TAMAZUNCHALE S.L.P.

No. de Certificado de Nacimiento 1818 CURP -----

### PERSONA DISTINTA QUE PRESENTA AL REGISTRADO

Nombre ----- Edad ----- Parentesco -----

Se extiende esta certificación en cumplimiento del artículo 41 del código civil vigente en  
 el estado en TAMAZUNCHALE S.L.P. a los

04 días del mes de JULIO de 1995

EL C. OFICIAL 01 DEL REGISTRO CIVIL, DOY FE.

REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL  
 REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL

LIC. EMMA LOURDES MEDINA ITURRIAGA ----- -----

Nombre ----- Firma -----

OBSERVACIONES -----

REGISTRO CIVIL  
 REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL

LILY. -----

REGISTRO CIVIL  
 REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL



## **SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

210833272

21098 210033212

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Lazaro		Adrian	Damasio						
	Nombre(s)	Primer Apellido		Segundo Apellido							
2. FECHA DE NACIMIENTO	17 12 1943	Día Mes Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí					
5. CURP	LIXL431217HSPDX209		Se ignora <input type="radio"/>	6. HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>				
8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	O 77	Se ignora <input type="radio"/>				
	Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos						
Para menores de 28 días anote:			8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	3000						
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:											
10. RESIDENCIA HABITUAL	Calle Aguilas Serdano				10.1 Tipo de vialidad						
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	Bacan				10.2 Nombre de la vialidad						
123	San Rafael Tancamula				10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior						
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano				10.6 Número del asentamiento humano					
Alacalp	Bacan	10.7 Código Postal				10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía					
10.7 Código Postal	10.8 Localidad				10.9 Municipio o Alcaldía			10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Primaria <input checked="" type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	SEDENA <input type="radio"/> 5 PEMEX <input type="radio"/> 5 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99	Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación	obrero					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7	IMSS PROSPERA <input checked="" type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica	410475014441			Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	caneten zacatapur				15.2 Nombre de la vialidad			Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99			
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano				15.6 Nombre del asentamiento humano					
Alacalp		zacatapur				Tancamula					
15.7 Código Postal	15.8 Localidad				15.9 Municipio o Alcaldía			15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	06 02 2021	18 55	Dia Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?				
				Sí <input checked="" type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1	No <input checked="" 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.)	19.1 Parte I Enfermedad, lesión o estadio patológico que produjo la muerte directamente a) neumonía viral, susc covid Debido a (o como consecuencia de)								Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 17 días		
Causas antecedentes	19.2 Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estadio morboso que la produjo b) c) d) Hipertensión arterial sustancia Debido a (o como consecuencia de)								Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica											
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)			
El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Área industrial <input type="radio"/> 6 taller, fábrica u oficina <input type="radio"/> 3 Granja <input type="radio"/> 7 rancho o parcela <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9			
22. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9			22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión			22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)		
	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Se ignora <input type="radio"/> 9					
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			22.7.10 Entidad federativa				
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad			22.7.9 Municipio o Alcaldía			22.7.10 Entidad federativa				
23. NOMBRE	Teresa		Vilarde		Bacan		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				
Nombre(s)	Primer Apellido		Segundo Apellido		Sobrina						
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro médico <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
						6515984 Número de la cédula profesional					
27. NOMBRE	Merito V. gma. Nov		Aduso		28. FIRMA						
Nombre(s)	Primer Apellido		Segundo Apellido								
29. DOMICILIO Y TELÉFONO	29.1 Tipo de vialidad			29.2 Nombre de la vialidad			29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior			29.5 Tipo de asentamiento humano	
Zacatapur	74066			zacatapur			1033620246			06022021	
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal			29.8 Localidad			29.11 Teléfono			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Tancamula											
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa										
31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO										
Núm. , Libro Núm.	32.1 Localidad										
31.1 Acta Núm.	32.2 Municipio o Alcaldía								32.3 Entidad federativa		
									32.4 Dia 32.5 Mes 32.6 Año		
DEL REG. CIVIL	32.1 Localidad								32.2 Municipio o Alcaldía		
DEL CERTIFICANTE	32.3 Entidad federativa								32.4 Dia 32.5 Mes 32.6 Año		
DEL INF.	32.4 Dia 32.5 Mes 32.6 Año										

NIREGUE EL ORIGINA LA 1<sup>a</sup> COPIA (ROSA) Y A 2<sup>a</sup> COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.

**ARTICULO VI**  
**PROTECCION DE DATOS PERSONALES**

Los datos personales de los usuarios que se recopilen en el sitio web serán tratados de acuerdo con lo establecido en la legislación de protección de datos personales y las normas de la Agencia Federal de Protección de Datos Personales (Afpd). Los datos personales se tratarán de acuerdo con lo establecido en la legislación de protección de datos personales y las normas de la Afpd.

卷之三

210833272