



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
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.
Fecha de levantamiento del acta 19 de DICIEMBRE de 19 43
Fecha de Nacimiento 17 DE DICIEMBRE DE 1943 hora 7:00
Presentado: ☒ Vivo ☐ Muerto ☐ Sexo: ☒ Masculino ☐ Femenino ☐
Lugar de Nacimiento TAMAZUNCHALE S.L.P.
Compareció ☒ 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 -----
Domicilio -----
Abuelo Materno ----- Nacionalidad -----
Abuela Materna ----- Nacionalidad -----
Domicilio -----

TESTIGOS

Nombre CRESCENCIO 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 C.U.R.P. -----

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.

LIC. EMMA LOURDES MEDINA ITURRIAGA
Nombre

Firma

OBSERVACIONES

LITV.



FOLIO

210833272

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

210833272

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Lazaro Adrian Damasio		17/12/1943		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		San Luis Potosí	
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?		7. NACIONALIDAD		8. EDADE CUMPLIDA	
A1X1431217HSPDX209		Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique		077 Años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL		11. ESCOLARIDAD		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle 123 Barrio San Rafael 10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda		Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>		Obrero 12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	
IMSS <input checked="" type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Calle 123 Barrio San Rafael 15.1 Tipo de vivienda 15.2 Nombre de la vivienda 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		06/02/2021 18:55 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		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		21. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Neumonía viral, surco cor 2 Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 17 días Código CIE		Enfermedad, lesión o estado patológico que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que produjo la muerte b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Hipertensión arterial sustancia		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(a) fallecido(a)	
23. NOMBRE		24. ¿PRETENDIÓ CON EL(LA) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Lazaro Adrian Damasio		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		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		6515984 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE		28. FIRMA		29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Marta Virginia Nolasco		[Firma]		Calle 123 Barrio San Rafael 29.1 Tipo de vivienda 29.2 Nombre de la vivienda 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano		06/02/2021	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33. ACTA NÚM.		34. MUNICIPIO O ALCALDÍA	
Núm. Libro Núm.		32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año		33.1 Acta Núm.		34.1 Municipio o Alcaldía 34.2 Entidad federativa 34.3 Día Mes Año	