

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 LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Blanca Estela Hernández López		2. FECHA DE NACIMIENTO 01/08/1963	3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí
5. CURP HELB630801HSPRPL03		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: Meses: _____ Días: _____ Para menores de un día: Horas: _____ Minutos: _____ Para menores de un mes: Días: _____ Horas: _____ Minutos: _____ Para menores de un año o más: Años: 05 Meses: 07 Días: 07		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorcedo(a) ☐ Soltero(a) ☒ Se ignora ☐		
10. RESIDENCIA HABITUAL 10.1 Tipo de vivienda: Calle Quinto A 10.2 Nombre de la vivienda: Tecnológico 10.3 Núm. Exterior: 806 10.4 Núm. Interior: 179010 10.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento 10.6 Nombre del asentamiento humano: Ciudad Valles 10.7 Código Postal: 790100 10.8 Localidad: Ciudad Valles 10.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad alcanzada es: Completa ☐ Incompleta ☐ 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ 13.1 Número de afiliación social o afiliación: 0516978319 4F196302		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Zona #06 14.2 Cuentas Únicas de Establecimientos de Salud (CUES): _____		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Boulevard 15.2 Nombre de la vivienda: Fraccionamiento 15.3 Núm. Exterior: 914 15.4 Núm. Interior: 179010 15.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles 15.6 Nombre del asentamiento humano: Ciudad Valles 15.7 Código Postal: 790100 15.8 Localidad: Ciudad Valles 15.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 05/01/2021 14:37 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐ 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -espasmo, paro cardíaco, asfixia, etc.) a) Choque séptico b) Covid-19 c) Diabetes Mellitus no insulino dependiente d) _____		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 4 días 14 días 6 años Código CIE: _____		
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 ☐ 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒ 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desarrollo de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		22.3 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		
22.7 ¿Anoche el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto: accidente, homicidio o suicidio? 22.7.1 Tipo de vivienda: _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda: _____ 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 Estado federativo: _____		22.8 Descripción brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto: accidente, homicidio o suicidio: _____		
23. NOMBRE: José Luis Sánchez Hernández 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Hijo		25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Perito autorizado por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 9905443		
27. NOMBRE: Cecilia Abanda Gómez Vargas 28. DOMICILIO Y TELÉFONO: Boulevard México Laredo 914 29.1 Tipo de vivienda: Fraccionamiento 29.2 Nombre de la vivienda: Ciudad Valles 29.3 Núm. Exterior: 1790100 29.4 Núm. Interior: 1790100 29.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles 29.6 Nombre del asentamiento humano: Ciudad Valles 29.7 Código Postal: 790100 29.8 Localidad: Ciudad Valles 29.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí 29.11 Teléfono: _____		28. FIRMA: _____ 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 05/01/2021		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO: Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: _____ 32.2 Municipio o Alcaldía: _____ 32.3 Entidad federativa: _____ 32.4 Día: _____ Mes: _____ Año: _____		

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