

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(a) **Arturo** **Cedillo** **Luna**

2. FECHA DE NACIMIENTO **21/01/1949** 3. SEXO **M** 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO **San Luis Potosí**

5. CURP **CELA490121HSPDNR01** 6. HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? **No** 7. NACIONALIDAD **Mexicana**

8. EDAD **70 años** 9. ESTADO CIVIL **Viudo** 10. ESTADO DE LA MUJER **Viuda**

11. RESIDENCIA HABITUAL **Calle 306 Colonia Tanconhuiz La pimienta Ciudad Valles San Luis Potosí**

12. ESCOLARIDAD **Ninguna** 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD **ISSSTE** 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN **Hospital General de Zona #6**

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN **Boulevard Fraccionamiento México Laredo 19 de Enero Ciudad Valles San Luis Potosí**

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN **11/01/2021 11:30** 17. ¿FUE ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? **No** 18. ¿FUE PRÁCTICO O NECROPSIA? **No**

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN **Insuficiencia respiratoria aguda COVID-19 Diabetes mellitus Hipertensión arterial esencial primaria**

20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS **No** 21. SI LA DEFUNCIÓN FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE **No**

22. SI LA DEFUNCIÓN FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE **No**

23. NOMBRE **Marlene** **Cedillo** **Martinez** 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) **Hija**

25. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO **3223981** 26. NOMBRE **Alan** **Cortez** **Roman**

27. DOMICILIO Y TELÉFONO **Boulevard México Laredo 19 de Enero Ciudad Valles San Luis Potosí**

28. FECHA DE CERTIFICACIÓN **11/01/2021**

29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO **No** 30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO **No**

31. AULA NÚM. **No** 32. MUNICIPIO O ACATLÁN **No** 33. ENTIDAD FEDERATIVA **No** 34. DÍA **No** **Mes** **Año**

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

Escaneado con CamScanner