



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
210835809

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1 NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Anastasio Lopez Sinchez</u>			
2 FECHA DE NACIMIENTO <u>15/09/1996</u>	3 SEXO <u>Mujer</u>	4 ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosi</u>	
5 CURP <u>LOSIA19960915HSPPNN09</u>		6 ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <u>No</u>	7 NACIONALIDAD <u>Mexicana</u>
8 EDAD CUMPLIDA <u>03/5</u>		9 ESTADO CONYUGAL <u>En unión libre</u>	
10 RESIDENCIA HABITUAL 10.1 Tipo de vivienda: <u>Canal</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>al noroeste</u> 10.3 Num. Exterior: <u>SIN</u> 10.4 Num. Interior: <u>Estacion</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Hacienda</u> 10.6 Código Postal: <u>791230</u> 10.7 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 10.8 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u> 10.9 Entidad federativa: <u>San Luis Potosi</u>			
11 ESCOLARIDAD <u>Primaria</u>		12 OCUPACIÓN HABITUAL <u>Remanente</u>	
13 AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <u>IMSS</u>		14 SITIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCIÓN 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General de Zona #6</u> 14.2 Tipo de unidad médica: <u>Unidad médica pública</u>	
15 DOMICILIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Barrio</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Hacienda</u> 15.3 Num. Exterior: <u>94</u> 15.4 Num. Interior: <u>791000</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 15.6 Código Postal: <u>791000</u> 15.7 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 15.8 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u> 15.9 Entidad federativa: <u>San Luis Potosi</u>		16 FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>13/01/2021 02:07</u>	
17 ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <u>No</u>		18 ¿SE PRACTICO NECROPSIA? <u>No</u>	
19 CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada columna. Evite señalar causas secundarias como: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) <u>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> b) <u>Covid-19</u> c) <u>Hipertensión esencial</u> d) <u>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica</u>		20 CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>24 horas</u> <u>17 días</u> <u>ana</u> <u>años</u>	
21 SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo: <u>No</u> 21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <u>No</u> 21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <u>No</u>		22 SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: <u>Accidente</u> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <u>No</u> 22.3 Si es donde ocurrió la lesión: Vivienda particular: <u>No</u> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.): <u>No</u> Escuela u oficina pública: <u>No</u> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con ella (a) fallecida (a): <u>Area industrial (trabajo fabrica u obra)</u> Grupo (trabajo o parroquia): <u>No</u> Otro: <u>No</u> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>94</u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>Area industrial (trabajo fabrica u obra)</u>	
23 NOMBRE <u>Yessenia Hernandez Lopez</u>		24 PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Neta</u>	
25 CERTIFICADA POR Médico titular: <u>No</u> Médico legista: <u>No</u> Otro médico: <u>No</u> Persona autorizada por la Secretaría de Salud: <u>No</u> Autoridad civil: <u>No</u> Otro: <u>No</u>		26 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>11410138</u>	
27 NOMBRE <u>Roberto Leachin Camacho</u>		28 FIRMA <u>[Firma]</u>	
29 DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Barrio</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Mexico Larech</u> 29.3 Num. Exterior: <u>94</u> 29.4 Num. Interior: <u>791000</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ciudad Valles</u> 29.6 Código Postal: <u>791000</u> 29.7 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 29.8 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosi</u> 29.9 Entidad federativa: <u>San Luis Potosi</u>		30 FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>30/01/2021</u>	
31 LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 31.1 Acta Num.: <u>94</u>		32 LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 32.2 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosi</u> 32.3 Entidad federativa: <u>San Luis Potosi</u> 32.4 Día: <u>30</u> 32.5 Mes: <u>01</u> 32.6 Año: <u>2021</u>	

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

210835809