



|                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                              |  |                                                                                                     |  |
|------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)                                                   |  | Harganita                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Catanes                                                                                      |  | Martinez                                                                                            |  |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO                                                       |  | 22/02/1997                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 3. SEXO                                                                                      |  | Mujer <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |  |
| 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO                                                     |  | San Luis Potosi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 5. CURP                                                                                      |  | CAHH470222MSP1ZRR04                                                                                 |  |
| 6. EDAD CUMPLIDA                                                             |  | 07 años 3 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 7. NACIONALIDAD                                                                              |  | Mexicana <input checked="" type="radio"/> Extranjera <input type="radio"/>                          |  |
| 8. ESTADO CONYUGAL                                                           |  | En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Vuelto(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                           |  | 9. RESIDENCIA HABITUAL                                                                       |  | Calle 660, Colonia Popular, San Luis Potosi                                                         |  |
| 10. ESCOLARIDAD                                                              |  | Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                           |  | 11. LA ESCOLARIDAD SELECCIONADA ES                                                           |  | Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>                          |  |
| 12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD                                          |  | Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                        |  | 13. OCUPACIÓN HABITUAL                                                                       |  | Laborer del hogar                                                                                   |  |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN                                         |  | Hospital General de Zona #6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN                                                     |  | Boulevard Fraccionamiento 19 de Enero, Ciudad Valler                                                |  |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN                                             |  | 18/02/2021 18:35                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?                 |  | Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>        |  |
| 18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN                                                   |  | a) Fallo orgánico múltiple<br>b) COVID-19<br>c) Decido a (o como consecuencia de)<br>d)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 19. SE PRACTICÓ NECROPSIA?                                                                   |  | Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                        |  |
| 20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS                  |  | El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                            |  | 21. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD O LESIÓN?                    |  | Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                        |  |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE                      |  | 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?                                                 |  | Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>        |  |
| 22.3 ¿Dónde 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"/> Área industrial (labor, fábrica u otra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |  | 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)                  |  |                                                                                                     |  |
| 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 Añote 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 Num. Exterior                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 22.7.4 Num. Interior                                                                         |  | 22.7.5 Tipo de asentamiento humano                                                                  |  |
| 22.7.6 Código Postal                                                         |  | 22.7.7 Localidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 22.7.8 Municipio o Alcaldía                                                                  |  | 22.7.9 Entidad federativa                                                                           |  |
| 23. NOMBRE                                                                   |  | Gloria Leticia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)                                                       |  | Hija                                                                                                |  |
| 25. CERTIFICADA POR                                                          |  | 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"/>                                                                                                                                                     |  | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO                                                             |  | 3223981                                                                                             |  |
| 27. NOMBRE                                                                   |  | Alan Cortes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 28. FIRMA                                                                                    |  | [Firma]                                                                                             |  |
| 29. DOMICILIO Y TELÉFONO                                                     |  | Boulevard Fraccionamiento 19 de Enero, Ciudad Valler                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN                                                                   |  | 13/02/2021                                                                                          |  |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO                      |  | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 33. Municipio o Alcaldía                                                                     |  | 34. Entidad federativa                                                                              |  |
| 31.1 Acta Num.                                                               |  | 32.1 Localidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 32.2 Municipio o Alcaldía                                                                    |  | 32.3 Entidad federativa                                                                             |  |
| 31.2 Día                                                                     |  | 32.4 Día                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 31.3 Mes                                                                                     |  | 32.4 Mes                                                                                            |  |
| 31.4 Año                                                                     |  | 32.5 Año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 31.5 Año                                                                                     |  | 32.5 Año                                                                                            |  |