



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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Juan Manuel Cardenas Alfaro	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO
29/03/1955		Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	Villa de Arista San Luis Potosí
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD
CAAA45503294SPRLMOZ		No ☒ Sí ☐ Se ignora ☐	Mexicana ☒ Otra ☐ Especifique _____
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL	
Para menores de una hora: ____ Minutos ____ Para menores de un día: ____ Horas ____ Para menores de un mes: ____ Días ____ Para menores de un año: ____ Meses ____ Para personas de un año o más: 065 Años cumplidos		Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL		11. ESCOLARIDAD	
Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle del Paz 20 8. Zapala y Reina Victoria 10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda 10.3 Núm. Exterior 78940 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano Villa de Arista 10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ Incompleta ☒ Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐	
12. OCUPACIÓN HABITUAL		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	
Trabajador ☐ No ☒ Se ignora ☐ 12.1 Trabajaba SI ☐ No ☒ Se ignora ☐		Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Otra unidad pública ☐ Hogar ☐ Se ignora ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimiento de Salud (CELES)		Hospital General de Salubridad 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimiento de Salud (CELES) Calle Prolongación Volcán Amados 15.1 Tipo de vivienda 15.2 Nombre de la vivienda 15.3 Núm. Exterior 1112 15.4 Núm. Interior 78436 15.5 Tipo de asentamiento humano Colonia de Graciano Sánchez 15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
12/01/2021 12:53		Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Sí ☐ No ☒		24 días e días 35 días años	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Devido a (o como consecuencia de) Neumonía por COVID-19 b) Devido a (o como consecuencia de) Lesión Renal Aguda c) Devido a (o como consecuencia de) Postoperatorio de tumor ginecológico d) Devido a (o como consecuencia de) Carcinoma probable. Glioma PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo Apendicitis Anterior Sistémica			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI ☐ NO ☐ 21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI ☐ NO ☐		22.1 Fue un presunto accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI ☐ NO ☐ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) 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 Anote 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 Entidad federativa	
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Juana Rodríguez		Esposa.	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ *Especifique _____		386229 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE		28. FIRMA	
Esteban Espinosa		[Firma]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.6 Nombre del asentamiento humano	
Calle Prolongación Volcán Amados 1112 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		Colonia de Graciano Sánchez San Luis Potosí 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	
12/01/2021		Núm. ____ Libro Núm. ____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Acta Núm. ____	
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