

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Leodegario</u> <u>Lara</u> <u>Zamarron</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>02/10/1944</u>	
3. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosi</u>	
5. CURP <u>LA2104411002HSPRMD01</u>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
7. NACIONALIDAD <u>Mexicana</u> <input checked="" type="radio"/> Se ignora	
8. EDAD CUMPLIDA <u>76</u> años	
9. ESTADO CONYUGAL <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora	
10. RESIDENCIA HABITUAL <u>Calle Reformatora</u> <u>219</u> <u>Fraccionamiento Las Mercedes</u> <u>San Luis Potosi</u> <u>San Luis Potosi</u> <u>San Luis Potosi</u>	
11. ESCOLARIDAD <input checked="" type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Se ignora	
12. OCUPACION HABITUAL <u>Obrero</u>	
13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION <u>Hospital General Soledad</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION <u>Protonic</u> <u>Valentin Amor</u> <u>1112</u> <u>Colonia Rivas Guillen</u> <u>Soledad</u> <u>San Luis Potosi</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION <u>13/01/2021</u> <u>02:48</u>	
17. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Neumonia</u> b) <u>Pb Cron - 19</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Diabetes Mellitus</u> c) <u>Hipertension arterial</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Diabetes Mellitus</u> d) <u>Hipertension arterial</u>	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Diabetes Mellitus</u> <u>Hipertension arterial</u>	
20. CAUSA BASICA DE DEFUNCION <u>10216516</u>	
21. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: <input type="radio"/> 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	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
22.1 Fue un presunto <input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión <input type="radio"/> Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> 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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7.1 Tipo de vialidad <u>22.7.2 Nombre de la vialidad</u>	
22.7.3 Núm. Exterior <u>22.7.4 Núm. Interior</u> <u>22.7.5 Tipo de asentamiento humano</u> <u>22.7.6 Nombre del asentamiento humano</u>	
22.7.7 Código Postal <u>22.7.8 Localidad</u> <u>22.7.9 Municipio o Alcaldía</u> <u>22.7.10 Entidad federativa</u>	
23. NOMBRE <u>Mariel</u> <u>Lara</u> <u>Torres</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>	
25. CERTIFICADA POR <input checked="" type="radio"/> Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO <u>10216516</u>	
27. NOMBRE <u>Lebecio</u> <u>Tejeda</u> <u>Tejeda</u>	
28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>Protonic</u> <u>Valentin Amor</u> <u>1112</u> <u>Rivas Guillen</u> <u>Soledad</u> <u>San Luis Potosi</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACION <u>13/01/2021</u>	
31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO <u>31.1 Acta Núm.</u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u>32.1 Localidad</u> <u>32.2 Municipio o Alcaldía</u> <u>32.3 Entidad federativa</u> <u>32.4 Día</u> <u>32.5 Mes</u> <u>32.6 Año</u>	

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