

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

210837165

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

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Miguel Angel Bravo Salazar</b>		2. FECHA DE NACIMIENTO <b>01/03/1965</b>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>San Luis Potosí</b>			
	5. CURP <b>BSM650301HSPRLG00</b>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <input type="text"/> Minutos Para menores de un día: <input type="text"/> Horas Para menores de un mes: <input type="text"/> Días Para menores de un año: <input type="text"/> Meses Para personas de un año o más: <b>55</b> Años cumplidos			
	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>Calle Torre de David</b> 10.1 Tipo de vialidad <b>103 B</b> 10.2 Nombre de la vialidad <b>Fraccionamiento Santa Ana</b> 10.3 Núm. Exterior <b>78421</b> 10.4 Núm. Interior <b>Pozos</b> 10.5 Tipo de asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b> 10.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b> 10.7 Código Postal <b>78421</b> 10.8 Localidad <b>Pozos</b> 10.9 Municipio o Alcaldía <b>San Luis Potosí</b> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 9 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2 12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>Jornalero</b> 12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 9 13.1 Número de seguridad social o afiliación			
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica <b>Hospital General de Soledad</b> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>Prolongación Valentín Amador</b> 15.1 Tipo de vialidad <b>1112</b> 15.2 Nombre de la vialidad <b>Colonia Rivas Guillen</b> 15.3 Núm. Exterior <b>78426</b> 15.4 Núm. Interior <b>Soledad de Grauano Sanchez</b> 15.5 Tipo de asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b> 15.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b> 15.7 Código Postal <b>78426</b> 15.8 Localidad <b>Soledad de Grauano Sanchez</b> 15.9 Municipio o Alcaldía <b>San Luis Potosí</b> 15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>14/01/2021 06:01</b> Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
DE LA DEFUNCIÓN	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) <b>Choque séptico</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>Neumonía severa por SARS COV2 COVID19</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b>Hemorragia de tubo Digestivo Alta</b> Debido a (o como consecuencia de) d) <b>Hipertensión Arterial</b> Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <b>Diabetes mellitus 2</b>						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>6 días</b> <b>29 días</b> <b>6 días</b>		Código CIE	
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2						20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 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 22.7.2 Nombre de la vialidad 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 <b>Violeta Rocha Nieto</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Concubina</b>	
DEL CERTIFICANTE	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>5982463</b> Número de la cédula profesional						27. NOMBRE <b>Karely Espericueta Bravo</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA <b>[Firma]</b>	
	29. DOMICILIO y TELÉFONO <b>Prolongación Valentín Amador</b> 29.1 Tipo de vialidad <b>1112</b> 29.2 Nombre de la vialidad <b>Colonia Rivas Guillen</b> 29.3 Núm. Exterior <b>78426</b> 29.4 Núm. Interior <b>Soledad de Grauano Sanchez</b> 29.5 Tipo de asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b> 29.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b> 29.7 Código Postal <b>78426</b> 29.8 Localidad <b>Soledad de Grauano Sanchez</b> 29.9 Municipio o Alcaldía <b>San Luis Potosí</b> 29.10 Entidad federativa <b>San Luis Potosí</b> 29.11 Teléfono <b>9266109</b>						30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>14/01/2021</b> Día Mes Año		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <input type="text"/> Libro Núm. <input type="text"/> 31.1 Acta Núm. <input type="text"/>	
DEL REG. CIVIL	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 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

210837165