

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

210837167

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <div>Hilgrio Garcia Hernan dez</div> <div>Nombre(s)Primer ApellidoSegundo Apellido</div>		
	2. FECHA DE NACIMIENTO <div>14011966</div> <div>DíaMesAño</div>		3. SEXO <div>Hombre <input checked="" type="radio"/>1 Mujer <input type="radio"/>2 Se ignora <input type="radio"/>9</div>
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <div>San Luis Potosi</div> <div>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</div>		
	5. CURP <div>GAHH660114HSPRDLO6</div> <div>Se ignora <input type="radio"/>99</div>		
DE LA DEFUNCION	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <div>Si <input type="radio"/>1 No <input checked="" type="radio"/>2 Se ignora <input type="radio"/>9</div>		7. NACIONALIDAD <div>Mexicana <input checked="" type="radio"/>1 Otra <input type="radio"/>2 → Especifique</div>
	8. EDAD CUMPLIDA <div>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: 515 Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>9</div>		
	9. ESTADO CONYUGAL <div>Separado(a) <input type="radio"/>6 Viudo(a) <input type="radio"/>2 Casado(a) <input 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</div>		
	10. RESIDENCIA HABITUAL <div>Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</div>		
DE MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	11. ESCOLARIDAD <div>Ninguna <input type="radio"/>1 Preescolar <input type="radio"/>12 Primaria <input type="radio"/>3 Secundaria <input type="radio"/>5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>7 Profesional <input checked="" type="radio"/>8 Posgrado <input type="radio"/>10 Se ignora <input type="radio"/>99 Completa <input checked="" type="radio"/>1 Incompleta <input type="radio"/>2</div>		
	12. OCUPACIÓN HABITUAL <div>empleado Se ignora <input type="radio"/>99 12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/>1 No <input type="radio"/>2 Se ignora <input type="radio"/>9</div>		
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>Ninguna <input 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 checked="" type="radio"/>2 PEMEX <input type="radio"/>4 SEMAR <input type="radio"/>6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/>10 Se ignora <input checked="" type="radio"/>99 13.1 Número de seguridad social o afiliación</div>		
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION <div>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 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.3 Nombre de la vialidad 14.4 Nombre del asentamiento humano 14.5 Nombre del asentamiento humano 14.6 Nombre del asentamiento humano</div>		
DEL CERTIFICANTE	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION <div>15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa</div>		
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION <div>150120210532</div> <div>DíaMesAñoHorasMinutos</div>		
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>Si <input checked="" type="radio"/>1 No <input type="radio"/>2 Se ignora <input type="radio"/>9</div>		
	18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? <div>Si <input type="radio"/>1 No <input checked="" type="radio"/>2</div>		
DEL REG. CIVIL	19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paró cardíaco, asfexia, etc.) <div>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda. Debido a (o como consecuencia de) b) Neumonía. Debido a (o como consecuencia de) c) Probable COVID 19. Debido a (o como consecuencia de) d) Diabetes Mellitus Tipo 2. Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 días 3 días 3 días Años</div>		
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCION <div>Código CIE</div>		
	21. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <div>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? Si <input type="radio"/>1 No <input type="radio"/>2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/>1 No <input type="radio"/>2</div>		
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>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? Si <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 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/>4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/>5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/>6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/>7 Otro <input type="radio"/>8 Se ignora <input type="radio"/>9 22.4 Anote 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</div>		
DEL FALLECIDO	23. NOMBRE <div>Araullo Garcia Hernan dez</div> <div>Nombre(s)Primer ApellidoSegundo Apellido</div>		
	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Hermano</div>		
	25. CERTIFICADA POR <div>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</div>		
	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>5972827</div> <div>Número de la cédula profesional</div>		
DEL FALLECIDO	27. NOMBRE <div>Alfonso Gomez Escobar</div> <div>Nombre(s)Primer ApellidoSegundo Apellido</div>		
	28. FIRMA <div></div>		
	29. DOMICILIO y TELÉFONO <div>29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa</div>		
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>15012021</div> <div>DíaMesAño</div>		
DEL FALLECIDO	31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO <div>Núm. Libro Núm. 31.1 Acta Núm.</div>		
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día 32.5 Mes 32.6 Año</div>		