

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)		Morfo Nieves		Barón		Briseño	
2. FECHA DE NACIMIENTO		03/06/1944		3. SEXO		Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		San Luis Potosí					
5. CURP		[CURP]					
6. EDAD CUMPLIDA		76 años					
7. HABLARA ALGUNA LENGUA INDIGENA?		No ☒ Si ☐ Se ignora ☐					
8. NACIONALIDAD		Mexicana ☒ Se ignora ☐					
9. ESTADO CONYUGAL		Soltero/a ☒ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Se ignora ☐					
10. RESIDENCIA HABITUAL		Calle Benito Juárez, Ojo de agua de Ferranueva, San Luis Potosí					
11. ESCOLARIDAD		Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Terciaria ☐ Superior ☐ Se ignora ☐					
12. OCUPACIÓN HABITUAL		Ama de casa					
13. AFIILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora ☐					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Hospital general zona #6					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Boulevard México Laredo, Fraccionamiento 19 de enero, Ciudad Valles, San Luis Potosí					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		26/02/2021 19:15					
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐					
18. ¿SE PRÁCTICO NECROPSIA?		Sí ☐ No ☒					
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		Falta orgánica múltiple, Choque séptico, Covid-19, Neumonia covid-19, Hipertensión arterial, Obesidad					
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		Covid-19					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		Embarazo ☐ Parto ☐ Puerperio ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		Accidental ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐					
23. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO		[Acta Número]					
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		Hija					
25. CERTIFICADA POR		Médico ☒ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐					
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		Número de la cédula profesional [Número]					
27. NOMBRE		Jesús Eduardo Ortiz Rivera					
28. DOMICILIO Y TELÉFONO		Boulevard México Laredo, Fraccionamiento 19 de enero, Ciudad Valles, San Luis Potosí					
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN		19 de enero, 2021					
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		[Oficialía/Juzgado]					
31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		[Lugar y Fecha]					



210839470