

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) <div>Miguel Ramos Guadalupe</div> <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <div>10/12/1940</div> <div>Día Mes Año</div>	
3. SEXO <div>Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 9</div>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <div>San Luis Potosí</div> <div>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</div>	
5. CURP <div>RAIGH401210HSPMDG13</div> <div>Se ignora 99</div>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <div>Si 1 No 2 Se ignora 9</div>	
7. NACIONALIDAD <div>Mexicana 1 Se ignora 9</div> <div>Otra 2 → Especifique</div>	
8. EDAD CUMPLIDA <div>Para menores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año Para personas de un año o más</div> <div>80 Años cumplidos</div> <div>Se ignora 9</div>	
9. ESTADO CONYUGAL <div>Separado(a) 6 Viudo(a) 2 Casado(a) 5</div> <div>En unión libre 4 Divorciado(a) 3 Soltero(a) 1 Se ignora 9</div>	
10. RESIDENCIA HABITUAL <div>Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)</div> <div>Plan de Ayala</div> <div>10.2 Nombre de la vialidad</div> <div>Tierra y Libertad</div> <div>10.6 Nombre del asentamiento humano</div> <div>San Luis Potosí</div> <div>10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</div>	
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía	
11. ESCOLARIDAD <div>Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5</div> <div>Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99</div> <div>Completa 1 Incompleta 2</div>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <div>12.1 Trabajaba Si 1 No 2 Se ignora 9</div> <div>13.1 Número de seguridad social o afiliación</div>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8</div> <div>IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99</div>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7</div> <div>IMSS PROSPERA 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8 Unidad médica privada 9</div> <div>Hospital Basico Comunitario Xilitla</div> <div>14.1 Nombre de la unidad médica</div> <div>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</div> <div>Via pública 10 Otro lugar 12</div> <div>Hogar 11 Se ignora 99</div>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>15.1 Tipo de vialidad</div> <div>Semiurbano</div> <div>15.2 Nombre de la vialidad</div> <div>Carretera Federal 120 San Juan del Río-Xilitla</div> <div>15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano</div> <div>San Antonio Xilcuayo II</div> <div>15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa</div> <div>Xilitla</div> <div>San Luis Potosí</div>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>08/02/2021</div> <div>Día Mes Año Horas Minutos</div> <div>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>Si 1 No 2 Se ignora 9</div></div> <div>18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? <div>Si 1 No 2</div></div>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <div>PARTE I</div> <div>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</div> <div>a) Neumonía Atípica</div> <div>Debido a (o como consecuencia de)</div> <div>b) Covid-19</div> <div>Debido a (o como consecuencia de)</div> <div>c)</div> <div>Debido a (o como consecuencia de)</div> <div>d)</div> <div>PARTE II</div> <div>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo</div> <div>Hipertensión Arterial Sistémica</div> <div>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte</div> <div>4 días</div> <div>11 días</div> <div>4 años</div> <div>Uso exclusivo del personal codificador</div> <div>Código CIE</div>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <div>Código CIE</div>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <div>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:</div> <div>El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3</div> <div>43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5</div> <div>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <div>Si 1 No 2</div></div> <div>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <div>Si 1 No 2</div></div> <div>Uso exclusivo del personal codificador</div>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>22.1 Fue un presunto</div> <div>Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9</div> <div>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <div>Si 1 No 2 Se ignora 9</div></div> <div>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión</div> <div>Vivienda particular 0 Área deportiva 3</div> <div>Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4</div> <div>Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5</div> <div>Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9</div> <div>22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)</div> <div>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:</div> <div>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</div> <div>22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</div> <div>22.7.1 Tipo de vialidad 22.7.2 Nombre de la vialidad</div> <div>22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano</div> <div>22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa</div>	
23. NOMBRE <div>Lizbeth Ramos Marquez</div> <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Hija</div>	
25. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante 1 Médico legista 2 Otro médico* 3</div> <div>Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil* 5 Otro* 8</div> <div>*Especifique</div>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>10328490</div> <div>Número de la cédula profesional</div>	
27. NOMBRE <div>Dulce Olivia Morales Cristóbal</div> <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>	
28. FIRMA <div>[Firma]</div>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <div>29.1 Tipo de vialidad</div> <div>Semiurbano</div> <div>29.2 Nombre de la vialidad</div> <div>Carretera Federal 120 San Juan del Río-Xilitla</div> <div>29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano</div> <div>Km 259-2</div> <div>29.6 Nombre del asentamiento humano</div> <div>San Antonio Xilcuayo II</div> <div>29.7 Código Postal 29.8 Localidad</div> <div>Xilitla</div> <div>San Luis Potosí</div> <div>29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono</div>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>09/02/2021</div> <div>Día Mes Año</div>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <div>Núm. Libro Núm.</div> <div>31.1 Acta Núm.</div>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>32.1 Localidad</div> <div>32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año</div>	

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