

ENTREGUE EL ORIGINAL Y 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 GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Ma Nicolasa Hernandez</b>		Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 31 03 1948 Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. CURP HEXW480331MSPRXCO8 Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____	
8. EDAD CUMPLIDA 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: 72 Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): 10.1 Tipo de vivienda: 01 10.2 Nombre de la vivienda: Conocido 10.3 Núm. Exterior: 17991010 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: La Herradura 10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 10.7 Código Postal: 10.8 Localidad: 10.9 Municipio o Alcaldía:		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 03 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 07 Profesional <input type="radio"/> 08 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 09 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 02 12. OCUPACIÓN HABITUAL Amado casa <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 09 12.1 Trabaja Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 03 13.1 Número de seguridad social o afiliación:	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 09		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica pública <input type="radio"/> 08 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 14.1 Nombre de la unidad médica: 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 09	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 27 15.3 Núm. Exterior: 79930 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: Santa Fe Texacoti 15.6 Nombre del asentamiento humano: Axtila de Tamazas 15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: 15.9 Municipio o Alcaldía: 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 23 03 2021 17 28 Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 03		18. ¿SE PRÁCTICO NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (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) Choque hipovolémico. Debido a (o como consecuencia de): Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica: b) Enfermedad renal aguda. Debido a (o como consecuencia de): c) Caso probable dengue grave. Debido a (o como consecuencia de): d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 1 día 4 días 15 días Código CIE: 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05 Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 01 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 05 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (toncho o parcel-a) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09 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 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: 22.7.2 Nombre de la vivienda: 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 Rascual Agustín Hernandez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARIENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hermano	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08 Especifique: Médico cirujano y partera		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 8514590 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Paranica Ramirez Nieto Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: 29.2 Nombre de la vivienda: 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:		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 06 04 2021 Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Libro Num.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad:	