

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) <u>Guadalupe Rivera</u>		Nombre(s) <u>Guadalupe</u> Primer Apellido <u>Rivera</u> Segundo Apellido <u></u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>15/03/1930</u> Día Mes Año		3. SEXO <u>Hombre</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Mujer</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Veracruz</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP <u>R1XG300315HV2VX1005</u> Se ignora <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <u>Se ignora</u> <input type="radio"/> <u>No</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD <u>Mexicana</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Otra</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>		8. EDAD CUMPLIDA <u>091</u> 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 Años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL <u>En unión libre</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Separado(a)</u> <input type="radio"/> <u>Divorciado(a)</u> <input type="radio"/> <u>Vuelto(a)</u> <input type="radio"/> <u>Casado(a)</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL <u>Calle Felipe Angeles</u> Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>05</u> <u>Colonia Los Naranjos</u> <u>Tamamachale</u> <u>San Luis Potosí</u> 10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda 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)	
11. ESCOLARIDAD <u>Ninguna</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Preescolar</u> <input type="radio"/> <u>Primaria</u> <input type="radio"/> <u>Secundaria</u> <input type="radio"/> <u>Preparatoria</u> <input type="radio"/> <u>Profesional</u> <input type="radio"/> <u>Posgrado</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/> <u>Completa</u> <input type="radio"/> <u>Incompleta</u> <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>de empleado</u> 12.1 Trabajaba <u>Si</u> <input checked="" type="radio"/> <u>No</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <u>Ninguna</u> <input checked="" type="radio"/> <u>ISSSTE</u> <input type="radio"/> <u>SEDENA</u> <input type="radio"/> <u>Seguro Popular</u> <input type="radio"/> <u>Otra</u> <input type="radio"/> <u>IMSS</u> <input type="radio"/> <u>PEMEX</u> <input type="radio"/> <u>SEMAR</u> <input type="radio"/> <u>IMSS PROSPERA</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Secretaría de Salud</u> <input type="radio"/> <u>IMSS</u> <input type="radio"/> <u>PEMEX</u> <input type="radio"/> <u>SEMAR</u> <input type="radio"/> <u>Unidad médica pública</u> <input type="radio"/> <u>Otra unidad pública</u> <input type="radio"/> <u>Unidad médica privada</u> <input type="radio"/> <u>14.1 Nombre de la unidad médica</u> <u>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>carretera</u> <u>San Martín E. Isidro</u> <u>3</u> <u>Colonia Zacatipan</u> <u>15.1 Tipo de vivienda</u> <u>15.2 Nombre de la vivienda</u> <u>15.3 Núm. Exterior</u> <u>15.4 Núm. Interior</u> <u>15.5 Tipo de asentamiento humano</u> <u>15.6 Nombre del asentamiento humano</u> <u>15.7 Código Postal</u> <u>15.8 Localidad</u> <u>15.9 Municipio o Alcaldía</u> <u>15.10 Entidad federativa</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>22/04/2021</u> <u>12:20</u> Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <u>Si</u> <input checked="" type="radio"/> <u>No</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? <u>Si</u> <input type="radio"/> <u>No</u> <input checked="" type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) <u>Síndrome de distress respiratorio agudo</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía por aspiración de alimentos</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Fractura costal</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Sospecha COVID 19</u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <u>Código CIE</u>		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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> <u>43 días a 11 meses después del parto o aborto</u> <input type="radio"/> <u>No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte</u> <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> homicidio <input type="radio"/> suicidio <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <u>Si</u> <input type="radio"/> <u>No</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión <u>Área deportiva</u> <input type="radio"/> <u>Vivienda colectiva</u> <input type="radio"/> <u>Calle o carretera</u> <input type="radio"/> <u>Escuela u oficina pública</u> <input type="radio"/> <u>Área comercial o de servicio</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>1 día</u> <u>169.0</u> <u>10 años</u> <u>1 día</u>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</u>		22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>22.7.1 Tipo de vivienda</u> <u>22.7.2 Nombre de la vivienda</u> <u>22.7.3 Núm. Exterior</u> <u>22.7.4 Núm. Interior</u> <u>22.7.5 Tipo de asentamiento humano</u> <u>22.7.6 Nombre del asentamiento humano</u> <u>22.7.7 Código Postal</u> <u>22.7.8 Localidad</u> <u>22.7.9 Municipio o Alcaldía</u> <u>22.7.10 Entidad federativa</u>	
23. NOMBRE <u>emma</u> <u>Idania</u> <u>Rivera</u> <u>Soto</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>nieta</u>	
25. CERTIFICADA POR <u>Médico tratante</u> <input type="radio"/> <u>Médico legista</u> <input type="radio"/> <u>Otro médico</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Persona autorizada por la Secretaría de Salud</u> <input type="radio"/> <u>Autoridad civil</u> <input type="radio"/> <u>Otro</u> <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>6515984</u> Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE <u>Mano Virginia Nava</u> <u>Alfonso</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA <u>INSS</u> <u>H.R. NO.</u> <u>ZACATIPAN</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>29.1 Tipo de vivienda</u> <u>29.2 Nombre de la vivienda</u> <u>29.3 Núm. Exterior</u> <u>29.4 Núm. Interior</u> <u>29.5 Tipo de asentamiento humano</u> <u>29.6 Nombre del asentamiento humano</u> <u>29.7 Código Postal</u> <u>29.8 Localidad</u> <u>29.9 Municipio o Alcaldía</u> <u>29.10 Entidad federativa</u> <u>29.11 Teléfono</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>22/04/2021</u> Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <u>Núm.</u> <u>Libro Núm.</u> <u>31.1 Acta Núm.</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u>32.1 Localidad</u> <u>32.2 Municipio o Alcaldía</u> <u>32.3 Entidad federativa</u> <u>32.4 Día</u> <u>32.5 Mes</u> <u>32.6 Año</u>	

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