

**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

210848419

<b>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)</b> Nombre(s) <u>Alberto</u> Primer Apellido <u>Rosero</u> Segundo Apellido <u>Nieto</u>	
<b>2. FECHA DE NACIMIENTO</b> <u>08</u> / <u>06</u> / <u>1964</u> Día Mes Año	<b>3. SEXO</b> Hombre <input checked="" type="radio"/> _1 Mujer <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9
<b>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Son Luis Potosí</u>	
<b>5. CURP</b> <u>A08NAG4Y060814SPJDLXLD00</u> Se ignora <input type="radio"/> _99	<b>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</b> Sí <input type="radio"/> _1 No <input checked="" type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9 <b>7. NACIONALIDAD</b> Mexicana <input checked="" type="radio"/> _1 Otra <input type="radio"/> _2 → Especifique _____ Se ignora <input type="radio"/> _9
<b>8. EDAD CUMPLIDA</b> 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: <u>07</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> _9 <b>8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:</b> ____ <b>8.2 Semanas de gestación:</b> ____ <b>8.3 Peso (gramos):</b> ____	
<b>9. ESTADO CONYUGAL</b> Separado(a) <input type="radio"/> _6 Viudo(a) <input type="radio"/> _2 Casado(a) <input type="radio"/> _5 En unión libre <input checked="" type="radio"/> _4 Divorciado(a) <input type="radio"/> _3 Soltero(a) <input type="radio"/> _1 Se ignora <input type="radio"/> _9	
<b>10. RESIDENCIA HABITUAL</b> Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle Ignacio Zaragoza</u> 10.1 Tipo de vivienda ____ 10.2 Nombre de la vivienda ____ 10.3 Núm. Exterior <u>140</u> 10.4 Núm. Interior ____ 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>carretera</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>carretera San Rafael</u> 10.7 Código Postal <u>78480</u> 10.8 Localidad <u>Carretera San Rafael</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>Huixtla de Carmona</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>Son Luis Potosí</u>	
<b>11. ESCOLARIDAD</b> Ninguna <input type="radio"/> _1 Preescolar <input type="radio"/> _12 Primaria <input checked="" type="radio"/> _3 Secundaria <input type="radio"/> _5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> _7 Profesional <input type="radio"/> _8 Posgrado <input type="radio"/> _10 Se ignora <input type="radio"/> _99 Completa <input type="radio"/> _1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> _2 <b>11.1 La escolaridad seleccionada es:</b> ____ <b>12. OCUPACIÓN HABITUAL</b> <u>Jardinería</u> Se ignora <input type="radio"/> _99 12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9	
<b>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b> Ninguna <input checked="" 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 type="radio"/> _2 PEMEX <input type="radio"/> _4 SEMAR <input type="radio"/> _6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _10 Se ignora <input type="radio"/> _99 13.1 Número de seguridad social o afiliación ____	
<b>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> _1 IMSS <input type="radio"/> _3 PEMEX <input type="radio"/> _5 SEMAR <input type="radio"/> _7 Unidad médica pública <input type="radio"/> _8 Unidad médica privada <input type="radio"/> _9 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _2 ISSSTE <input type="radio"/> _4 SEDENA <input type="radio"/> _6 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Huixtla</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) ____ Vía pública <input type="radio"/> _10 Otro lugar <input type="radio"/> _11 Hogar <input type="radio"/> _11 Se ignora <input type="radio"/> _99	
<b>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> <u>propiación</u> 15.1 Tipo de vivienda <u>Valentín Amador</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>1112</u> 15.3 Núm. Exterior <u>Colonia</u> 15.4 Núm. Interior ____ 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Buenos Guelen</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>78436</u> 15.7 Código Postal <u>colectividad Guerrero Sanchez</u> 15.8 Localidad <u>colectividad Guerrero Sanchez</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Son Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa	
<b>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN</b> <u>02</u> / <u>07</u> / <u>2021</u> <u>00</u> : <u>05</u> : <u>11</u> Día Mes Año Horas Minutos	
<b>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</b> Sí <input checked="" type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9	
<b>18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?</b> Sí <input type="radio"/> _1 No <input checked="" type="radio"/> _2	
<b>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</b> (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Neumonía</u> Debido a (o como consecuencia de) ____ b) <u>Gripe severa</u> Debido a (o como consecuencia de) ____ c) <u>Dobles Helicobacter tipo 2</u> Debido a (o como consecuencia de) ____ d) ____ <b>CAUSAS ANTERECEDENTES</b> Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica <b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	
<b>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b> Código CIE ____ <b>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</b> 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? Sí <input type="radio"/> _1 No <input checked="" type="radio"/> _2 21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> _1 No <input checked="" type="radio"/> _2	
<b>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:</b> 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? Sí <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 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> _1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> _4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> _2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> _5 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 ____ 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 ____	
<b>23. NOMBRE</b> <u>Ma Santos</u> <u>Varequez</u> <u>Hernandez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido <b>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)</b> <u>Conyuge</u>	
<b>25. CERTIFICADA POR</b> 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 <u>Ana María</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido <b>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</b> <u>1153193</u> Número de la cédula profesional <b>27. NOMBRE</b> <u>Vanessa Herle</u> <u>Bueno</u> <u>Pedraza</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido <b>28. FIRMA</b> <u>[Firma]</u>	
<b>29. DOMICILIO Y TELÉFONO</b> <u>propiación</u> 29.1 Tipo de vivienda <u>Valentín Amador</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>1112</u> 29.3 Núm. Exterior ____ 29.4 Núm. Interior ____ 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Buenos Guelen</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>78436</u> 29.7 Código Postal <u>colectividad Guerrero Sanchez</u> 29.8 Localidad <u>colectividad Guerrero Sanchez</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>Son Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa <u>17191312161011010</u> 29.11 Teléfono <u>02</u> / <u>07</u> / <u>2021</u> 29.12 Día Mes Año	
<b>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN</b> <u>02</u> / <u>07</u> / <u>2021</u> Día Mes Año	
<b>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO</b> Núm. ____ Libro Núm. ____ 31.1 Acta Núm. ____ <b>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</b> 32.1 Localidad ____ 32.2 Municipio o Alcaldía ____ 32.3 Entidad federativa ____ 32.4 Día ____ Mes ____ Año ____	

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