

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Margarita	Komry	Zuniga		
	Nombres		Primer Apellido	Segundo Apellido		
	2. FECHA DE NACIMIENTO	20091964	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí
	Día Mes Año		O <sub>1</sub> O <sub>2</sub> O <sub>9</sub>	O <sub>99</sub>	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
	5. CURP	RAZM640920M5PMX100	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>
			Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	O <sub>1</sub> O <sub>2</sub> O <sub>9</sub>	En el extranjero	Se ignora <input type="radio"/>
	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 _____ Años cumplidos
						O <sub>56</sub> Se ignora <input type="radio"/>
	Para menores de 28 días anote:					
	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)						
10.1 Tipo de vialidad	Barrio					
#203	Alcaldía	Judicat	San José			
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	Tamaulipas	10.6 Nombre del asentamiento humano		
79960		Tamazunchale		San Luis Potosí		
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						
Ninguna <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. Ocupación habitual	
O <sub>1</sub> O <sub>7</sub>	O <sub>12</sub> O <sub>8</sub>	O <sub>3</sub> O <sub>10</sub>	O <sub>5</sub> O <sub>99</sub>	Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	Dorente	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD						
Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/>	ISSSTE <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	13.1 Número de seguridad social o afiliación	
O <sub>1</sub> O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub> O <sub>4</sub>	O <sub>5</sub> O <sub>6</sub>	O <sub>7</sub> O <sub>10</sub>	O <sub>8</sub> O <sub>99</sub>		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN						
Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/>	IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/> Otra unidad médica privada <input type="radio"/>	Hospital Dr. No. 14	Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>	
O <sub>1</sub> O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>	O <sub>5</sub> O <sub>6</sub>	O <sub>7</sub> O <sub>8</sub>	O <sub>9</sub>	O <sub>10</sub> O <sub>12</sub>	
14.1 Número de la unidad médica	SPTIMO001461					14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN						San Martín
Km 3	Carretera	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad			
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	Tamazunchale	15.6 Nombre del asentamiento humano		
79960		Zacatlán	San Luis Potosí	15.10 Entidad federativa		
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			
			06082021	2115	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
Día Mes Año	Horas Minutos	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
O <sub>1</sub> O <sub>3</sub>	O <sub>5</sub> O <sub>9</sub>	O <sub>1</sub> O <sub>2</sub> O <sub>99</sub>	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, astenia, etc.)						
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente						
a)	Neumonía por covid-19					Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
	Debido a (o como consecuencia de)					8 días
b)	Debido a (o como consecuencia de)					
c)	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 morbo que la produjo						
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"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/> 5	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
				Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN						
Código CIE						
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE						
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/>	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
Accidente <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Rancho o parcela <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>		
Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>					
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:						
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo 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 vialidad	22.7.2 Nombre de la vialidad					
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						
Nombre(s)	de la Cruz	Primer Apellido	Martinez	Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
					Espinoza	
25. CERTIFICADA POR						
Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/>	Otro médico* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
O <sub>1</sub> O <sub>4</sub>	O <sub>2</sub> O <sub>5</sub>	O <sub>3</sub> O <sub>8</sub>	1731944			
Número de la cédula profesional						
27. NOMBRE						
Nombre(s)	Janeth	Amador	Trinidad	28. FIRMA	AGATRAN, S.L.	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO						
29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano		
Km 3	Zacatlán	79960				
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
Tamazunchale				Día	06082021	
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa			Mes		
				Año		
31.1 Acta Núm.	31.2 LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	31.3 LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO				
431	32.1 Localidad	Núm. 01, Libro Núm. OS				
	Tamazunchale					
		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