

523

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
212248885

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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL(DEL) FALLECIDO(A) <u>Raul</u> <u>Hernandez</u> <u>Florencio</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO <u>15</u> <u>08</u> <u>19</u> <u>25</u>		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>HGFIR250315HSPRLLO3</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐ Se ignora ☐		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>0</u> <u>9</u> <u>6</u> <u>0</u> <u>9</u> <u>6</u> Para menores de un día: <u>0</u> <u>9</u> <u>6</u> <u>0</u> <u>9</u> <u>6</u> Para menores de un mes: <u>0</u> <u>9</u> <u>6</u> <u>0</u> <u>9</u> <u>6</u> Para menores de un año: <u>0</u> <u>9</u> <u>6</u> <u>0</u> <u>9</u> <u>6</u> Para menores de 28 días antes: 8.1 Fin del Certificado de Nacimiento 8.2 Semanas de gestación 8.3 Peso (gramos)	
9. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(ella) fallecido(a) <u>Calle</u> <u>Adolfo Lopez Mateos</u> <u>65</u> <u>Localidad</u> <u>El Laurel</u> <u>799960</u> <u>Tamazunchale</u> <u>Tamazunchale</u> <u>San Luis Potosí</u>		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Prescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Trabajador</u>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seg. Popular / INSABI ☐ IMSS ☐ IMSS BIENESTAR ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ Se ignora ☐		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEXEX ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Calle</u> <u>Adolfo Lopez Mateos</u> <u>65</u> <u>Localidad</u> <u>El Laurel</u> <u>799960</u> <u>Tamazunchale</u> <u>Tamazunchale</u> <u>San Luis Potosí</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>09</u> <u>08</u> <u>20</u> <u>21</u> <u>03</u> <u>00</u>	
17. TIPO DE ATENCIÓN MÉDICA Enfermedad o lesión antes de la muerte? ☒ Si ☐ No		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? ☐ Si ☒ No		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) <u>Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía atípica por probable COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u></u> Debido a (o como consecuencia de)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>U09.0</u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		21.2 ¿Las causas anotadas se relacionan con el embarazo, parto o puerperio? ☐ Si ☒ No		21.3 ¿Las causas anotadas se relacionan con el embarazo, parto o puerperio? ☐ Si ☒ No		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? ☐ Si ☒ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 ¿La defunción fue registrada en el Registro Público con el acta número: <u>65</u> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(ella) fallecido(a): <u>El Laurel</u>	
22.5 La defunción fue registrada en el Registro Público con el acta número: <u>65</u>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>Adolfo Lopez Mateos</u>		22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>Calle</u> <u>Adolfo Lopez Mateos</u> <u>65</u> <u>Localidad</u> <u>El Laurel</u> <u>799960</u> <u>Tamazunchale</u> <u>Tamazunchale</u> <u>San Luis Potosí</u>		22.8 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(ella) fallecido(a): <u>El Laurel</u>	
23. NOMBRE <u>Dominicio</u> <u>Hernandez</u> <u>Quintana</u>		24. PARENTESCO CON EL(ELLA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		26. DEL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>7049363</u>	
27. NOMBRE <u>Diana Paola</u> <u>Lopez</u> <u>Zavala</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>		29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Calle</u> <u>Nicolas Bravo</u> <u>Del Carmen</u> <u>799960</u> <u>Tamazunchale</u> <u>San Luis Potosí</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>13</u> <u>08</u> <u>20</u> <u>21</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>01</u> Libro Núm. <u>05</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Tamazunchale</u> 32.2 Fecha <u>13/08/2021</u>		33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 33.1 Localidad <u>Tamazunchale</u> 33.2 Fecha <u>13/08/2021</u>		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad <u>Tamazunchale</u> 34.2 Fecha <u>13/08/2021</u>	