

ENTREGUE EL ORIGINAL A 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	1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) <div>TRANQUILINO</div> <div>MORALES</div> <div>HERNANDEZ</div>											
	2. FECHA DE NACIMIENTO <div>06</div> <div>04</div> <div>19</div> <div>57</div>		3. SEXO <div>Hombre</div> <div>Mujer</div> <div>Se ignora</div>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <div>SAN LUIS POTOSI</div>								
	5. CURP <div>MOHTS70406HSPRRRO7</div>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <div>Si</div> <div>No</div> <div>Se ignora</div>		7. NACIONALIDAD <div>Mexicana</div> <div>Otra</div>							
	8. EDAD CUMPLIDA <div>65</div>		9. ESTADO CONYUGAL <div>En unión libre</div> <div>Separado(a)</div> <div>Viudo(a)</div> <div>Casado(a)</div> <div>Se ignora</div>									
	10. RESIDENCIA HABITUAL <div>TENEXIO</div>											
	11. ESCOLARIDAD <div>Primaria</div> <div>Secundaria</div> <div>Preescolar</div> <div>Bachillerato o preparatoria</div> <div>Profesional</div> <div>Posgrado</div> <div>Se ignora</div>											
	12. OCUPACIÓN HABITUAL <div>JORNALERO</div>											
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>IMSS</div> <div>ISSSTE</div> <div>SEDENA</div> <div>SEMAR</div> <div>IMSS BIENESTAR</div> <div>Se ignora</div>											
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>HOSPITAL BASICO COMUNITARIO XILITLA</div>											
	DE LA DEFUNCIÓN	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Km 259.2</div>			16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>31</div> <div>08</div> <div>20</div> <div>21</div> <div>10</div> <div>45</div>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>Si</div> <div>No</div> <div>Se ignora</div>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <div>Si</div> <div>No</div>			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN <div>DISTRESS RESPIRATORIO SEVERO</div>					Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>2 DIAS</div>		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE					
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <div>CASO SOSPECHOSO SARS COV 2</div>					Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <div>4 DIAS</div>		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <div>El embarazo</div> <div>El parto</div> <div>El puerperio</div> <div>No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte</div>					21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <div>Si</div> <div>No</div>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <div>Si</div> <div>No</div>					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>Accidente</div> <div>Homicidio</div> <div>Suicidio</div> <div>Se ignora</div>					22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <div></div>		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <div></div>					
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <div></div>					22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <div></div>		22.8 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <div></div>					
22.9 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <div></div>					22.10 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <div></div>		22.11 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <div></div>					
22.12 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <div></div>					22.13 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <div></div>		22.14 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <div></div>					
22.15 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <div></div>					22.16 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <div></div>		22.17 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <div></div>					
DEL REG. CIVIL		23. NOMBRE <div>Jose n</div> <div>Marcos</div> <div>Antelmo</div>			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Hijo</div>			25. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante</div> <div>Médico legista</div> <div>Otro médico</div> <div>Persona autorizada por la Secretaría de Salud</div> <div>Autoridad civil</div> <div>Otro</div>			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>11272944</div>	
	27. NOMBRE <div>JOSE DE JESUS GARCIA PEREZ</div>			28. FIRMA <div>Jose de Jesus Garcia P.</div>			29. DOMICILIO y TELÉFONO <div>CARRETERA FEDERAL 120 SAN JUAN DEL RIO - XILITLA Km 259.2</div>			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>31</div> <div>08</div> <div>20</div> <div>21</div>		
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <div>01</div> <div>Libro Núm.</div> <div>05</div>			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>Xilitla</div> <div>054</div> <div>S.L.P.</div> <div>24</div> <div>24</div> <div>09</div> <div>20</div> <div>21</div>			33. ACTA NÚM. <div>102</div>			34. ACTA NÚM. <div>102</div>		

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