

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	1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) LUIS ALBERTO BAPTISTA GONZALEZ		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO ESTADO DE MEXICO	
	2. FECHA DE NACIMIENTO 19 09 1995		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI ☐ No ☒ Se ignora ☐			
	5. CURP BA5L950919HMCCTNS09		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐			
	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: 25		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☒ Se ignora ☐			
DE LA DEFUNCIÓN	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a): CALLE BENITO JUAREZ EL LAUREL		11. La escolaridad seleccionada es: Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☒ Incompleta ☐			
	10.1 Tipo de vivienda 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL OBTERO			
	10.2 Nombre de la vivienda EL LAUREL		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seg. Popular / INSABI ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ Se ignora ☐			
	10.3 Núm. Exterior: 79960 10.4 Núm. Interior: EL LAUREL 10.5 Tipo de asentamiento humano: TAMAZUNCHALE 10.6 Nombre del asentamiento humano: SAN LUIS POTOSI		13.1 Número de seguridad social o afiliación: 59149518 686			
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ IMSS BIENESTAR ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐		14.1 Nombre de la unidad médica: BENITO JUAREZ EL LAUREL			
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: 2 15.2 Nombre de la vivienda: EL LAUREL		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 29 08 2021 07:00			
	15.3 Núm. Exterior: 79960 15.4 Núm. Interior: EL LAUREL 15.5 Tipo de asentamiento humano: TAMAZUNCHALE 15.6 Nombre del asentamiento humano: SAN LUIS POTOSI		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ☐ No ☒ Se ignora ☐			
	15.7 Código Postal: 79960 15.8 Localidad: EL LAUREL 15.9 Municipio o Alcaldía: TAMAZUNCHALE 15.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? SI ☐ No ☒			
DEL CERTIFICANTE	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Debido a (o como consecuencia de): b) COVID-19 Debido a (o como consecuencia de): c) COVID-19 Debido a (o como consecuencia de): d) COVID-19 Debido a (o como consecuencia de): PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo:		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 6 DIAS Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE: 6 DIAS			
	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 ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		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 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐			
	22.4 Añote 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:			
DEL REG. CIVIL	23. NOMBRE DEL INF. LUIS BAPTISTA GONZALEZ		24. PARENTESCO CON EL(LE LA) FALLECIDO(A) PADRE			
	25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 09075252 Número de la cédula profesional			
	27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE MARIA ALEJANDRA SANCHEZ SOLIS		28. FIRMA [Firma]			
	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: 2 29.2 Nombre de la vivienda: EL LAUREL 29.3 Núm. Exterior: 79960 29.4 Núm. Interior: EL LAUREL 29.5 Tipo de asentamiento humano: TAMAZUNCHALE 29.6 Nombre del asentamiento humano: SAN LUIS POTOSI 29.7 Código Postal: 79960 29.8 Localidad: EL LAUREL 29.9 Municipio o Alcaldía: TAMAZUNCHALE 29.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI 29.11 Teléfono: 79960		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 13 10 2021			
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 01 Libro Núm. 05 31.1 Acta Núm. 578		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: Tamazunchale 32.2 Municipio o Alcaldía: S.L.P. 32.3 Entidad federativa: S.L.P. 32.4 Día: 09 32.5 Mes: 10 32.6 Año: 2021			