



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

212251390

225 | 9602 | 225 | 9602 | 225 | 9602 | 225 | 9602 | 225 | 9602

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 GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

212251390

| | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|---|--|--|---|--|--|
| DEL FALLECIDO | 1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) Manuel Avila Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | | | 2. FECHA DE NACIMIENTO 15 06 1997 Día Mes Año | | | 3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) | | |
| | 5. CURP A11XM47061SHSPVXN02 Se ignora <input type="radio"/> | | | | | | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | | 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | |
| | 8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: Minutos Horas Días Para menores de un día: Horas Días Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Años cumplidos 074 Se ignora <input type="radio"/> | | | | | | 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | | | | |
| | 10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) 62 Calle Bugambilia 10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda | | | | | | 11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/> | | | | | |
| | 12. OCUPACIÓN HABITUAL Aldatril Se ignora <input type="radio"/> | | | | | | 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | | | | |
| DE LA DEFUNCIÓN | 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEXEM <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | | | | | | 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 62 Calle Bugambilia 15.1 Tipo de vivienda 15.2 Nombre de la vivienda | | | | | |
| | 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 31 10 2021 12 00 Día Mes Año Horas Minutos | | | | | | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | | | | |
| | 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | | | | | 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) Desequilibrio electrolítico Debido a (o como consecuencia de) b) Causa sospechosa covid-19 Debido a (o como consecuencia de) c) Neumonía adquirida en la comunidad Debido a (o como consecuencia de) d) Insuficiencia respiratoria Aguda | | | | | |
| | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 5 días 20 días 25 días 29 días | | | | | | 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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> | | | | | |
| | 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 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 | | | | | | 23. NOMBRE Leodegario Avila Antonio Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | | | | | |
| DEL CERTIFICANTE | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo | | | | | | 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> *Especifique | | | | | |
| | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO En trámite Número de la cédula profesional | | | | | | 27. FIRMA [Firma] | | | | | |
| | 28. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle Solidaridad S/N 28.1 Tipo de vivienda 28.2 Nombre de la vivienda 28.3 Núm. Exterior 28.4 Núm. Interior 28.5 Tipo de asentamiento humano | | | | | | 29. FECHA DE CERTIFICACIÓN 09 10 2021 Día Mes Año | | | | | |
| | 30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO Núm. 01 Libro Núm. 05 30.1 Acta Núm. 589 | | | | | | 31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad Tamazunchale S-L-P. 31.2 Fecha de registro 10 09 2021 31.3 Día 31.4 Mes 31.5 Año | | | | | |
| | 32. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN LA OFICINA O JUZGADO Núm. 01 Libro Núm. 05 32.1 Acta Núm. 589 | | | | | | 33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 33.1 Localidad Tamazunchale S-L-P. 33.2 Fecha de registro 10 09 2021 33.3 Día 33.4 Mes 33.5 Año | | | | | |