

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

212251390

<b>DEL FALLECIDO</b>  1. NOMBRE DEL/DE LA FALLECIDO(A) <b>Manuel</b> <b>Avila</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		2. FECHA DE NACIMIENTO <b>15/06/1947</b> Dia Mes Año 3. SEXO <b>Hombre</b> <input checked="" type="radio"/> <b>Mujer</b> <input type="radio"/> <b>Se ignora</b> <input type="radio"/> <b>O9</b> 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>San Luis Potosí</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <b>A1XIM470615HSPVXN02</b> Se ignora <input type="radio"/> <b>O99</b>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <b>Si</b> <input checked="" type="radio"/> <b>No</b> <input type="radio"/> <b>Se ignora</b> <input type="radio"/> <b>O9</b> 7. NACIONALIDAD <b>Mexicana</b> <input checked="" type="radio"/> <b>Otra</b> <input type="radio"/> <b>O2</b> → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <b>62</b> Minutos Para menores de un día <b>62</b> Horas Para menores de un mes <b>62</b> Días Para menores de un año <b>62</b> Meses Para personas de un año o más <b>62</b> Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL <b>En unión libre</b> <input type="radio"/> <b>Separado(a)</b> <input type="radio"/> <b>O6</b> <b>Viudo(a)</b> <input type="radio"/> <b>O2</b> <b>Casado(a)</b> <input type="radio"/> <b>O5</b> <b>O3</b> <b>Divorciado(a)</b> <input type="radio"/> <b>Soltero(a)</b> <input type="radio"/> <b>O1</b> <b>Se ignora</b> <input type="radio"/> <b>O9</b>	
<b>DE LA DEFUNCIÓN</b>  10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <b>Calle 62</b> 10.1 Tipo de vivienda		<b>Bugambilia</b> 10.2 Nombre de la vivienda 10.3 Núm. Exterior <b>179990</b> 10.4 Núm. Interior <b>Barrio Progreso</b> 10.5 Tipo de asentamiento humano <b>Tamazunchale</b> 10.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b> 10.7 Código Postal	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> <b>O1</b> Preescolar <input type="radio"/> <b>O12</b> Primaria <input checked="" type="radio"/> <b>O3</b> Secundaria <input type="radio"/> <b>O5</b> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> <b>O7</b> Profesional <input type="radio"/> <b>O8</b> Posgrado <input type="radio"/> <b>O10</b> Se ignora <input type="radio"/> <b>O99</b> 11.1 La escolaridad seleccionada es: <b>Completa</b> <input type="radio"/> <b>O1</b> <b>Incompleta</b> <input checked="" type="radio"/> <b>O2</b>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>Albanil</b> 12.1 Trabajaba <b>Si</b> <input checked="" type="radio"/> <b>No</b> <input type="radio"/> <b>O2</b> Se ignora <input type="radio"/> <b>O9</b> Se ignora <input type="radio"/> <b>O99</b>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> <b>O1</b> ISSSTE <input type="radio"/> <b>O3</b> SEDENA <input type="radio"/> <b>O5</b> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> <b>O7</b> Otra <input type="radio"/> <b>O8</b> IMSS <input type="radio"/> <b>O2</b> PEMEX <input type="radio"/> <b>O4</b> SEMAR <input type="radio"/> <b>O6</b> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> <b>O10</b> Se ignora <input type="radio"/> <b>O99</b>		13.1 Número de seguridad social o afiliación Vía pública <input type="radio"/> <b>O10</b> Otro lugar <input type="radio"/> <b>O12</b> Hogar <input checked="" type="radio"/> <b>O11</b> Se ignora <input type="radio"/> <b>O99</b>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> <b>O1</b> IMSS <input type="radio"/> <b>O3</b> PEMEX <input type="radio"/> <b>O5</b> SEMAR <input type="radio"/> <b>O7</b> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> <b>O2</b> ISSSTE <input type="radio"/> <b>O4</b> SEDENA <input type="radio"/> <b>O6</b> Otra unidad pública <input type="radio"/> <b>O8</b> Unidad médica privada <input type="radio"/> <b>O9</b>		14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 62 15.3 Núm. Exterior <b>179990</b> 15.4 Núm. Interior <b>Barrio Progreso</b> 15.5 Tipo de asentamiento humano <b>Tamazunchale</b> 15.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b> 15.7 Código Postal		15.2 Nombre de la vivienda 15.8 Localidad	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 31/10/2021 12:00 Dia Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> <b>O1</b> No <input type="radio"/> <b>O2</b> Se ignora <input type="radio"/> <b>O9</b>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> <b>O1</b> No <input checked="" type="radio"/> <b>O2</b>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>Desequilibrio electrolítico</b> Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	
<b>MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS</b> 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"/> <b>O1</b> El parto <input type="radio"/> <b>O2</b> El puerperio <input type="radio"/> <b>O3</b> 43 días a 11 meses 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> <b>O4</b> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> <b>O5</b>		21.2 Las causas anotadas <b>Intervenciones complicaciones</b> <b>Complicaciones</b> <b>Complicaciones</b> <b>Complicaciones</b> <b>Complicaciones</b> <b>Complicaciones</b> <b>Complicaciones</b> <b>Complicaciones</b> Si <input type="radio"/> <b>O1</b> No <input type="radio"/> <b>O2</b> Si <input type="radio"/> <b>O1</b> No <input type="radio"/> <b>O2</b> Si <input type="radio"/> <b>O1</b> No <input type="radio"/> <b>O2</b> 21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? 21.4 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> <b>O1</b> Homicidio <input type="radio"/> <b>O2</b> Suicidio <input type="radio"/> <b>O3</b> Se ignora <input type="radio"/> <b>O9</b> Si <input type="radio"/> <b>O1</b> No <input type="radio"/> <b>O2</b> Se ignora <input type="radio"/> <b>O9</b>		22.2 Si ocurrió en el desempeño de su trabajo? 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> <b>O1</b> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> <b>O1</b> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> <b>O2</b> Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> <b>O6</b> Área deportiva (campo, cancha, etc.) <input type="radio"/> <b>O3</b> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> <b>O7</b> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> <b>O4</b> Otro <input type="radio"/> <b>O8</b> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> <b>O5</b> Se ignora <input type="radio"/> <b>O9</b>	
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	
<b>DEL INF.</b> <b>DEL CERTIFICANTE</b> <b>DEL REG. CIVIL</b>		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda 22.7.2 Nombre de la vivienda 22.7.3 Núm. Exterior <b>22.7.4 Núm. Interior</b> 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 <b>Leodegario Avila</b> Nombre(s) <b>Antonio</b> Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Hijo</b> 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>En trámite</b> Número de la cédula profesional	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> <b>O1</b> Médico legista <input type="radio"/> <b>O2</b> Otro médico <input type="radio"/> <b>O3</b> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> <b>O4</b> Autoridad civil <input type="radio"/> <b>O5</b> Otro <input type="radio"/> <b>O8</b> *Especifique		27. NOMBRE <b>Brenda Shendaly Hernández López</b> Nombre(s) <b>Brenda Shendaly Hernández</b> Primer Apellido Segundo Apellido	
28. FIRMA <b>Shendaly</b>		29. DOMICILIO Y TELÉFONO <b>Calle Solidaridad</b> 29.1 Tipo de vivienda <b>SIN</b> 29.2 Nombre de la vivienda <b>Santiago Centro</b> 29.3 Núm. Exterior <b>791960</b> 29.4 Núm. Interior <b>29.8 Localidad</b> 29.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b> 29.9 Municipio o Alcaldía <b>Tamazunchale</b> 29.10 Entidad federativa <b>San Luis Potosí</b> 29.11 Teléfono	
31. LA DEFUNCIÓN FUÉ INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <b>01</b> , Libro Núm. <b>OS</b> 31.1 Acta Núm. <b>589</b>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <b>Tamazunchale</b> 32.1 Localidad <b>S-L-P.</b> 32.2 Entidad federativa <b>Tamazunchale</b> 32.3 A. Año <b>10092021</b>	

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>er</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>da</sup> 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

212251390