

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

1. NOMBRE DEL(LE/LA) FALLECIDO(A) Abelino Guzman Agustina		2. FECHA DE NACIMIENTO 15/04/1936		3. SEXO Masculino ☒ Femenino ☐ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP GUAAS60415HSPZG604		6. HABLARA AL GUIN LENGUA INDIGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐ 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 85		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separación ☐ Divorcio ☐ Viudo/a ☒ Casado/a ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente (calle, número y colonia) fallecido(a): Calle Los Angeles 221 Borno El manteco		11. ENCARGO 11.1 Nombre de la entidad: La Herradura Xilitla 11.2 Tipo de actividad: San Luis Potosí	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Sanalero		13. AFILIACIÓN A SERVICIO DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ Se ignora ☒		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ Se ignora ☐		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de localidad: Libre comercio al cobach Santa María II 15.2 Tipo de asentamiento humano: axtla 15.3 Localidad: axtla 15.4 Municipio o Alcaldía: SLP	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: 06 Mes: 10 Año: 2021 Horas: 03 Minutos: 48		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplos: para cardíaca, asfíctica, 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		PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo: 15 min 5 días		Código CIE 15 min 5 días		Código CIE	
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 ☐ 42 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones típicas del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☐		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☐		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 6501896	
22. Si la MUERTE FUE ACCIDENTAL, 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 (taller, fábrica u otra) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐		22.4 Anote la razón que tenía el presunto agresor con ella (a): Fallecido(a):	
22.5 La defunción fue registrada en el Registro Público con el acta número: 22.5.1		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.6.1		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1		22.8 Anote el tipo de localidad: 22.8.1	
22.9 Anote el tipo de asentamiento humano: 22.9.1		22.10 Anote el municipio o alcaldía: 22.10.1		22.11 Anote la entidad federativa: 22.11.1		22.12 Anote el número de la localidad: 22.12.1	
23. NOMBRE Isra Guzman Hernández		24. PARENTESCO CON EL(LE/LA) FALLECIDO(A) Hija		25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico agudo ☐ Otro médico ☐ General ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		26. Si el CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 6501896	
27. NOMBRE Isabel García Mata		28. FIRMA Isabel García Mata		29. DOMICILIO, TELÉFONO 29.1 Tipo de localidad: Libre comercio al cobach Santa María II 29.2 Tipo de asentamiento humano: axtla 29.3 Localidad: axtla 29.4 Municipio o Alcaldía: SLP 29.5 Entidad federativa: SLP		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: 06 Mes: 10 Año: 2021	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA DE REGISTRO Núm. 01 Libro Núm. 05 31.1 Acta Núm. 308		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: C. Hidalgo y S de mayo altos s/n Arta de Terrazas, S.L.P. 32.2 Municipio o Alcaldía: SLP 32.3 Entidad federativa: SLP		33. FECHA DE REGISTRO Día: 30 Mes: 11 Año: 2021			

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