

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL
INF.

DEL CERTIFICANTE

၆၂

*SI LA DEFUNCION NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MEDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARIA DE SALUD EN UN PERIODO MAXIMO DE 10 DIAS LABORALES POSTERIORES A SU EXPEDICION

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Wendy Yoselin Simon		Nombre(s) Primer Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 2 6 0 8 2 0 1 6		3. SEXO Hombre 0 1 Mujer 0 2 Se ignora 0 9	
5. CURP		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosi	
8. EDAD CUMPLIDA		7. NACIONALIDAD Mexicana 0 1 Otra 0 2	
10. RESIDENCIA HABITUAL		9. ESTADO CIVIL	
11. ESCOLARIDAD		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN ENFERMEDAD O LESIÓN?	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
23. NOMBRE		24. PAIENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO	
27. NOMBRE		28. FIRMA	
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.3 NÚM. Exterior	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	