

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

17064

REVERSO
CORTEZ 190664547

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) **RN NINO CORTEZ L90664547**

2. FECHA DE NACIMIENTO **22/10/2019** 3. SEXO **Var** 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO **SAN WL RORSI**

5. CURP **22102019XXXXXX** 6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? **No** 7. NACIONALIDAD **Mexicana**

8. EDAD CUMPLIDA **15** 9. ESTADO CONYUGAL **Se ignora** 10. RESIDENCIA HABITUAL **CALLE CALZADA DEL CARMEN 67 EJIDO ARROYO BLANCO VILLA DE REYES SAN WL RORSI**

11. ESCOLARIDAD **Ninguna** 12. OCUPACION HABITUAL **Ninguna** 13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD **Seguro Popular**

14. SITIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCION **HOSPITAL DEL NINO Y LA MUJER ALBERTO** 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCION **BOULEVARD ANTONIO POCA CORONA 2510**

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION **23/10/2019 05:00** 17. TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? **No** 18. SE PRACTICO NECROPSIA? **No**

19. CAUSAS DE LA DEFUNCION **ANENCEFALIA** 20. CAUSA BASICA DE DEFUNCION **ANENCEFALIA**

21. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS **No** 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE **Accidental**

23. NOMBRE **JOSE RE JESUS NINO** 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) **PADRE**

25. CERTIFICADA POR **Medico legista** 26. SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO **No**

27. NOMBRE **DANIEL HERNANDEZ** 28. FIRMA **[Firma]**

29. DOMICILIO Y TELEFONO **BOULEVARD ANTONIO POCA CORONA 2510 SAN WL RORSI** 30. FECHA DE CERTIFICACION **23/10/2019**

31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO **No** 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO **4448265092**

Rasbi, Jose de Jesus Niño Niño Jesus Niño 193 1106

[illegible]

170640