



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

190680217

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Sophie Garcia Sanchez		3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2 Se ignora ☐ 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
2. FECHA DE NACIMIENTO 13/09/2019		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 9	
5. CURP SMG13092019M0100		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: Horas: Para menores de un día: Para menores de un mes: Para menores de un año: Para personas de un año o más: Años cumplidos: Se ignora ☐ 9		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ 6 Divorciado(a) ☐ 3 Viudo(a) ☐ 2 Casado(a) ☐ 5 Soltero(a) ☒ 1 Se ignora ☐ 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Colonia Río Verde, Zona Centro, San Luis Potosí		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Preescolar ☐ 12 Primaria ☐ 3 Secundaria ☐ 5 Tercera ☐ 10 Se ignora ☐ 9		12. OCUPACIÓN HABITUAL DD Se ignora ☐ 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 IMSS ☐ 2 ISSSTE ☐ 3 SEMAR ☐ 6 IMSS PROSPERA ☐ 10		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 3 ISSSTE ☐ 4 SEMAR ☐ 7 IMSS PROSPERA ☐ 10		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Colonia Río Verde, Zona Centro, San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 14/12/2019 03:30		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN a) Insuficiencia Cardíaca b) Coartación Aórtica c) Neumonía d) Debido a (o como consecuencia de)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 11189		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 ¿Embarazo o parto? 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente ☐ 1 homicidio ☐ 2 suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)		23. NOMBRE Irene del Consuelo Sanchez Carreñas		24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(A) madre	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☐ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 2332436		27. NOMBRE Carlos Antonio Nájera Salazar	
29. DOMICILIO y TELÉFONO Colonia Río Verde, Zona Centro, San Luis Potosí		28. FIRMA [Firma]		29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano	
31. LA DEFUNCIÓN FUE OFICIALMENTE INSCRITA EN LA Núm. 01 Libro Núm. 05 Acta Núm. 734		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO RIOVERDE 12/12/2019		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 14/12/2019	

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

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 FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

190680217