



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN  
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1  
FOLIO

190681844

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

|                                                                                                |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)<br><b>Rodolfo Martinez Longoria</b>                                 |  |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO<br><b>15/01/1995</b>                                                    |  |
| 3. SEXO<br><b>Hombre</b>                                                                       |  |
| 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br><b>San Luis Potosí</b>                                             |  |
| 5. CURP<br><b>MLR950115HSPRND05</b>                                                            |  |
| 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br><b>No</b>                                               |  |
| 7. NACIONALIDAD<br><b>Mexicana</b>                                                             |  |
| 8. EDAD CUMPLIDA<br><b>02 5</b>                                                                |  |
| 9. ESTADO CONYUGAL<br><b>En unión libre</b>                                                    |  |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL<br><b>Calle 204 Colonia San Luis Potosí</b>                            |  |
| 11. ESCOLARIDAD<br><b>Primaria</b>                                                             |  |
| 12. OCUPACIÓN HABITUAL<br><b>Taxista</b>                                                       |  |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br><b>IMSS</b>                                             |  |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br><b>Hospital General Soledad</b>                        |  |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br><b>Protonoche Colonia Soledad Graciano S.</b>      |  |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br><b>11/10/2020 14:00</b>                                    |  |
| 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br><b>No</b>      |  |
| 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?<br><b>No</b>                                                       |  |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN<br><b>Insuficiencia Respiratoria Aguda</b>                          |  |
| 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br><b>Insuficiencia Respiratoria Aguda</b>                       |  |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br><b>No</b>                       |  |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE<br><b>Accidente</b>                    |  |
| 23. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO:<br><b>1112</b> |  |
| 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)<br><b>Concubina</b>                                     |  |
| 25. CERTIFICADA POR<br><b>Directivo Turno</b>                                                  |  |
| 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br><b>3207093</b>                                             |  |
| 27. NOMBRE<br><b>Erika Alicia Domínguez Yereva</b>                                             |  |
| 28. FIRMA<br><b>[Firma]</b>                                                                    |  |
| 29. DOMICILIO Y TELÉFONO<br><b>Protonoche Colonia Soledad Graciano S.</b>                      |  |
| 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br><b>11/10/2020</b>                                                |  |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO<br><b>Núm. 1112, Libro Núm. 1112</b>   |  |
| 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO<br><b>Soledad Graciano S. 11/10/2020</b>                         |  |

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