



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

Modelo 2017.1

FOLIO

200625538

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

| | | |
|---|--|--|
| DEL FALLECIDO | 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Oscar Javier Ochpa Leura</u> | |
| | 2. FECHA DE NACIMIENTO <u>03/04/1980</u> | 3. SEXO <u>Varón</u> |
| | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> | |
| | 5. CURP <u>0040800403HSPCRS07</u> | 6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <u>No</u> |
| | 7. NACIONALIDAD <u>Mexicana</u> | 8. EDAD CUMPLIDA <u>040</u> |
| | 9. ESTADO CONYUGAL <u>Separado(a)</u> | |
| | 10. RESIDENCIA HABITUAL <u>Brigada Tulipanes</u> | |
| | 11. ESCOLARIDAD <u>Primaria</u> | |
| | 12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Auxiliar Servicios</u> | |
| | DE LA DEFUNCIÓN | 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <u>IMSS</u> |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Hospital General Soledad</u> | | |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Colonia Valentín Amador</u> | | |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>28/06/2020 08:15</u> | | |
| 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <u>No</u> | | |
| 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? <u>No</u> | | |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN <u>Síndrome Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> | | |
| 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <u>COVID-19</u> | | |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <u>No</u> | | |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: <u>Accidente</u> | | |
| MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS | 23. NOMBRE <u>Lucía del Carmen Juárez Covarrubias</u> | |
| | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Espasa</u> | |
| | 25. CERTIFICADA POR <u>Directiva</u> | |
| | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3207073</u> | |
| | 27. NOMBRE <u>Enka Alicia Domínguez Yereña</u> | |
| | 28. FIRMA <u>[Firma]</u> | |
| | 29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Colonia Valentín Amador</u> | |
| | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>28/06/2020</u> | |
| | 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO <u>No</u> | |
| | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u>Soledad Graciano S</u> | |

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