



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

FOLIO  
200625721

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)<br><b>Josue Antonio Garcia Rodriguez</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 2. FECHA DE NACIMIENTO<br><b>13/01/1977</b>                                                                                                                                                                                                                            | 3. SEXO<br><input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br><b>Matheuala San Luis Potosi</b>                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                |
| 5. CURP<br><b>GABJ770117HSPRDS02</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA?<br><input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora                                                                                                                                      |                                                                                                                |
| 7. NACIONALIDAD<br><input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 8. EDAD CUMPLIDA<br>Para menores de una hora: <input type="radio"/> Para menores de un día: <input type="radio"/> Para menores de un mes: <input type="radio"/> Para menores de un año: <input type="radio"/> Para personas de un año o más: <b>043</b> años cumplidos |                                                                                                                |
| 9. ESTADO CONYUGAL<br><input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora                                                                                                                                      |  | 10. RESIDENCIA HABITUAL<br>Antes el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)<br><b>Calle Emiliano Zapata</b>                                                                                                                                                  |                                                                                                                |
| 11. ESCOLARIDAD<br><input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora                                                                 |  | 12. OCUPACIÓN HABITUAL<br><b>Servidor Público</b>                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br><input checked="" type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora                                                                                |  | 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br><b>Hospital General de Soledad</b>                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br><b>Calle Protagación Valentin Amador</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br><b>08/07/2020 18:40</b>                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                |
| 17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Exista señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)<br>a) <b>Infarto agudo al miocardio</b><br>b) <b>Covid - 19</b><br>c) <b>Hipertension Arterial</b>                                                                                                                                     |  | 18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA?<br><input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO                                                                                                                                                                             |                                                                                                                |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 42 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> |  | 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE<br>22.1 Fue un presunto:<br>Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                     |                                                                                                                |
| 23. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br>23.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 42 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> |  | 24. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br>24.1 Especifique:<br><b>Directivo de Guardia</b>                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                |
| 25. CERTIFICADA POR<br>Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>                                                                                             |  | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br>26.1 Especifique:<br><b>Directivo de Guardia</b>                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                |
| 27. NOMBRE<br><b>Mauro Ramirez Cuervo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 28. DOMICILIO Y TELÉFONO<br><b>Calle Protagación Valentin Amador</b>                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                |
| 29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO<br>31.1 Acta Núm. <b>846199</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO<br>32.1 Localidad <b>Soledad de Graciano Sanchez</b>                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO<br>31.1 Acta Núm. <b>846199</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO<br>32.1 Localidad <b>Soledad de Graciano Sanchez</b>                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                |

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