



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

200626649

FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA 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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Salvador Gomez Perez</u>		2. SEXO Masculino ☒ Femenino ☐		3. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	
4. FECHA DE NACIMIENTO <u>09/11/1956</u>		5. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒		6. NACIONALIDAD Mexicana ☒	
7. CURP <u>60015156111019HISBIMRL1014</u>		8. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒		9. ESTADO CIVIL Soltero ☒	
10. RESIDENCIA HABITUAL Calle <u>Reynosa de Granada</u>		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Superior ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Medicamento</u>	
13. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle <u>Hospital</u>		14. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN Sintoma de dificultad respiratoria aguda severa		15. SE PRACTICÓ NECROPSIA? No ☒	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>29/03/2020 13:36</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No ☒		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN Sintoma de dificultad respiratoria aguda severa		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: Accidental ☐ Suicidio ☐		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: Accidental ☐ Suicidio ☐		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hermano	
25. CERTIFICADA POR Médico ☒ Enfermero ☐		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 7543300		27. FIRMA <u>[Firma]</u>	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle <u>Hospital</u>		29. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle <u>Hospital</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>29/03/2020</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN LA OFICINA O ASISTENTE No ☒		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Calle <u>Hospital</u>		33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Calle <u>Hospital</u>	

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