

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

200635921

|                                                                                                                  |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)<br><b>Enseo Alvarado Olguin</b>                                                       |                         |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO<br><b>16/02/1975</b>                                                                      | 3. SEXO<br><b>Varón</b> |
| 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br><b>San Luis Potosí</b>                                                               |                         |
| 5. CURP<br><b>ENSOA750216M0000</b>                                                                               |                         |
| 6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br><b>No</b>                                                                  |                         |
| 7. NACIONALIDAD<br><b>Mexicana</b>                                                                               |                         |
| 8. EDAD CUMPLIDA<br><b>45</b>                                                                                    |                         |
| 9. ESTADO CONYUGAL<br><b>En unión libre</b>                                                                      |                         |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL<br><b>Calle 16 de Septiembre 1012 Colonia La Primavera Ciudad Valles San Luis Potosí</b> |                         |
| 11. ESCOLARIDAD<br><b>Secundaria</b>                                                                             |                         |
| 12. OCUPACIÓN HABITUAL<br><b>Comerciante</b>                                                                     |                         |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br><b>IMSS</b>                                                               |                         |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br><b>Hospital General de Zona 6</b>                                        |                         |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br><b>Boulevard Fraccionamiento 914 Ciudad Valles San Luis Potosí</b>   |                         |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br><b>21/08/2020 13:14</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>COVID 19</b>                                                                    |                         |
| 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br><b>COVID 19</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 CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br><b>No</b>                                         |                         |
| 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)<br><b>Hermano</b>                                                         |                         |
| 25. CERTIFICADA POR<br><b>Médico de guardia</b>                                                                  |                         |
| 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br><b>8418080</b>                                                               |                         |
| 27. NOMBRE<br><b>Cristian Saul Martínez Chavez</b>                                                               |                         |
| 28. FIRMA<br><b>[Firma]</b>                                                                                      |                         |
| 29. DOMICILIO Y TELÉFONO<br><b>Boulevard México Laredo 914 Ciudad Valles San Luis Potosí</b>                     |                         |
| 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br><b>21/08/2020</b>                                                                  |                         |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO<br><b>No</b>                                             |                         |
| 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO<br><b>Ciudad Valles San Luis Potosí</b>                                            |                         |

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

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