



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SEAL 2017
FOLIO
200638945

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) Manuel Sanchez Galicia		2. FECHA DE NACIMIENTO 29/06/1983		3. SEXO Masculino		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP SIAGM1830629HSPNLNO1		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? No		7. NACIONALIDAD Mexicana		8. EDAD CUMPLIDA 37 años	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre		10. RESIDENCIA HABITUAL Calle 504 Colonia Tanta rob		11. ESCOLARIDAD Bachillerato o preparatoria		12. OCUPACIÓN HABITUAL Agente de ventas	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Hospital General de Zona #6		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Boulevard Fraccionamiento 914		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 08/09/2020	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? No		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN Edema cerebral traumático		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 5 días	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS No		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: Accidente		23. NOMBRE Manuel Sanchez Gonzalez		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Padre	
25. CERTIFICADA POR Medico legista		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Sí		27. NOMBRE Alfonso Martinez Ramirez		28. FECHA DE CERTIFICACIÓN 08/09/2020	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Boulevard Fraccionamiento 914		30. FECHA DE REGISTRO 08/09/2020		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Sí		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO San Luis Potosí	



200638945

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