



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
210829371

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 DATOS PERSONALES OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE DATOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Alfredo Galvan Herrera		2. FECHA DE NACIMIENTO 16/03/1935		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Sexo ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP G A H A 3 5 0 7 1 6 H S P L R L I S		6. HABLARA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐		8. EDAD CUMPLIDA 085 años	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Calle Carlos Rivera Olguin 409 Colonia La Noria 17912100		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL Pensionado	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 914 Boulevard Fraccionamiento México-Laredo 17910100 Cd. Valles		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 27/12/2020 10:44	
17. ¿SOLVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN a) Insuficiencia Respiratoria no especificada b) Sospecha de Coronavirus SARS-CoV-2 c) Hipertensión esencial (primaria)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 15 A 44 AÑOS 21.1 ¿Esperó la muerte durante el embarazo? ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒		22. SI LA MUJER FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐		23. SI LA MUJER FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 ¿Se dio donde ocurrió la lesión? ☐ Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivenza colectiva (jardín, cancha, etc.) ☐ Calle o carretera (rta pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicios ☐ Se ignora ☐		24. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
25. CERTIFICADA POR Médico forense ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 10899252		27. NOMBRE Carlos Alberto Garay Angeles		28. FECHA DE CERTIFICACIÓN 27/12/2020	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Boulevard México-Laredo 17910100 Cd. Valles		30. DOMICILIO Y TELÉFONO Boulevard México-Laredo 17910100 Cd. Valles		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: 32.2 Municipio o Alcaldía: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día: 32.5 Mes: 32.6 Año:	

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