



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

210835704

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTE ACCIDENTAL
Y VIOLENTAS

DEL
DIF.

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <i>Librada Lopez Viquez</i>		
2. FECHA DE NACIMIENTO <i>24031941</i>	3. SEXO ☒ Femenino ☐ Masculino ☐ No especifica	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <i>San Luis Potosí</i>
5. CURP <i>LOVLA10324MSP02800</i>	6. HABLADA ALGUNA LENGUA INDIGENA? ☐ Sí ☒ No	7. NACIONALIDAD ☒ Mexicana ☐ Extranjera
8. EDAD CUMPLIDA <i>79</i>	9. ESTADO CIVIL ☒ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Separado/a	10. RESIDENCIA HABITUAL <i>Calle Amado Nervo</i> <i>Barrio Cuartel III</i>
11. ESCOLARIDAD ☐ Ninguna ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior	12. OCUPACIÓN HABITUAL <i>Ama de casa</i>	13. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN <i>4109680964 4F19410R</i>
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <i>Hospital General Zona 6</i>	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <i>Boulevard Fraccionamiento 914</i> <i>Ciudad Valles</i>	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <i>200120210510</i>
17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN <i>Insuficiencia respiratoria aguda</i> <i>COVID-19</i>		18. SE PRACTICÓ NECROPSIA? ☐ Sí ☒ No
19. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 20. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECÍFICAR		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Codigo CIE
22. SI LA DEFUNCIÓN FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECÍFICAR		23. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO
24. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		25. DOMICILIO Y TELÉFONO