



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

FOLIO
210835804

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

210835804

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Toime Guenero Rumiro</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>02/05/1943</u>	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
5. CURP <u>GURJ430502HSPAMH13</u>	
6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ☐ No ☒	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Extranjera ☐	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>077</u> años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Antes el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle Pacho J. Mender 1628 Colonia Altavista Cd. Valler S.L.P.</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☒ Incompleta ☐	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Canadero</u>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ ISS PROSPERA ☐ Se ignora ☐	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital General de Zona No. 6 ISS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>914 Boulevard México-Laredo Traccionamiento 19 de Enero Cd. Valler S.L.P.</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>27/01/2021 2030</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Ante una sola pauta en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) <u>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Covid-19</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Hipertensión esencial (primaria)</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u></u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>2días 10días 10meses</u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 42 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número <u>110835804</u> 22.4 Ante la relación que tenía el presunto agresor con ella (relacionada): Área industrial (taller, fábrica u otra) ☐ Área deportiva ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Calle o camino (vía pública) ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o evento en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.6 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda 22.7.2 Nombre de la vivienda 22.7.3 Num. Exterior 22.7.4 Num. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE <u>Iskander Ali Torres Roldando</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(S)	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☒ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique <u></u>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional <u></u>	
27. NOMBRE <u>Iskander Ali Torres Roldando</u>	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>914 Boulevard México-Laredo Traccionamiento 19 de Enero Cd. Valler S.L.P.</u>	
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>27/01/2021</u>	
30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad 30.2 Municipio o Alcaldía 30.3 Entidad federativa 30.4 Día 30.5 Mes 30.6 Año	

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