



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

FOLIO
210849601

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) <u>María Rosenda Antonio</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO <u>16/03/1937</u>		3. SEXO <u>Mujer</u>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>AOTR370316HSPNR506</u>		6. HABLADA ALGUNA LENGUA INDÍGENA <u>No</u>		7. NACIONALIDAD <u>Mexicana</u>		8. ESTADO CONYUGAL <u>Viuda</u>	
9. EDAD CUMPLIDA <u>084</u>		10. RESIDENCIA HABITUAL <u>Av. Benito Juárez</u>		11. ESCOLARIDAD <u>Alta</u>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Amo de casa</u>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <u>IMSS</u>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Hospital Rural 16 Santa Caterina</u>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Calle 136</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>17/07/2021 16:46</u>	
17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN <u>COVID-19</u>		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? <u>No</u>		19. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <u>No</u>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <u>COVID-19</u>	
21. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <u>No</u>		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <u>No</u>		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <u>No</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>	
25. CERTIFICADA POR <u>Medico legista</u>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>No</u>		27. NOMBRE <u>Celica</u>		28. FIRMA <u>Celica</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Calle 136</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>17/07/2021</u>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO <u>No</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u>Axtla de Tlaxiaco</u>	