

SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 212248027

1. NOMBRE DEL (DE LA) FALLECIDO(A) Roberto Gomez Ortiz

2. FECHA DE NACIMIENTO 12/4/1972

3. SEXO Hombre

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Distrito Federal

5. CURP IG1010R17121101241101FIMIRB1013

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No

7. NACIONALIDAD Mexicana

8. EDAD CUMPLIDA 34 años

9. ESTADO CONYUGAL Casado

10. RESIDENCIA HABITUAL Calle 610 Fraccionamiento El Compuerto

11. ESCOLARIDAD Secundaria

12. OCUPACIÓN HABITUAL

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Hospital General de Zona 06

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle 914 Fraccionamiento Ciudad Valles

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 12/7/2021 11:13

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No

18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23. SILO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN

24. PARENTESCO CON EL (LA) FALLECIDO(A)

25. CERTIFICADA POR

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

27. NOMBRE

28. FIRMA

29. DOMICILIO Y TELEFONO

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO