



Nombre de alumnos: Palma Acevedo Felipe Mauricio

Nombre del profesora: Dra. Romero Solorzano Karina

Nombre del trabajo: acta de defunción

Materia: medicina forense.

Grado: 5 Grupo: "A"



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1  
FOLIO

00000000

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAMENTAL. LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) **MARGARITA GOMEZ VELAZQUEZ**

2. FECHA DE NACIMIENTO **05/07/1980**

3. SEXO **Mujer**

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO **DISTRITO FEDERAL**

5. CURP **GONMB000703MCLMLK01**

6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? **NO**

7. NACIONALIDAD **MEXICANA**

8. EDAD CUMPLIDA **37 años**

9. ESTADO CONYUGAL **Separado**

10. RESIDENCIA HABITUAL **CALLE PITAGORAS CUJIMALPA DE MORELOS**

11. ESCOLARIDAD **Primaria**

12. OCUPACIÓN HABITUAL **AMA DE CASA**

13. APLICACIÓN A SERVICIOS DE SALUD **SEDENA**

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN **CALLE TRACCIONAMIENTO ECATEPEC**

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN **CALLE TRACCIONAMIENTO ECATEPEC**

16. FECHA Y HORAS DE LA DEFUNCIÓN **11/01/2020 2:21:11**

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

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? **NO**

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN **LESION EMBESTIMIENTO DE AUTOMOVIL**

20. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 19 A 64 AÑOS? **NO**

21. ¿FUE LA MUERTE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECÍFICAMENTE? **ACCIDENTE**

22. ¿FUE UN PRESUNTO ACCIDENTE? **NO**

23. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO? **NO**

24. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? **NO**

25. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? **NO**

26. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN **NINGUNA**

27. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO? **NO**

28. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? **NO**

29. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? **NO**

30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN **NINGUNA**

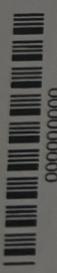
31. NOMBRE DEL CERTIFICANTE **PELPE MARCIO PALMA**

32. DOMICILIO Y TELÉFONO **CALLE LOS LAURELES BOSQUES CIUDAD DE MEXICO**

33. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) **MARIO ALFREDO MORENO BERMUDEZ**

34. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) **ESPOSO**

35. FECHA DE CERTIFICACIÓN **11/01/2020 2:21**



00000000

ATENCIÓN EL PERSONAL DEL REGISTRO DEBE REVISAR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

09409653A

