

ASUNTO: SOLICITUD

15/03/22

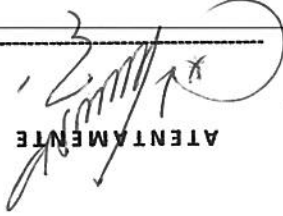
C. MARIA GUADALUPE CARRILLO RODRIGUEZ  
PRESIDENTA MUNICIPAL DE CATORCE, S.L.P.

Estimada presidenta, por medio de la presente, acudo a usted para solicitarle:

SOLICITUD DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION.  
DE MA. DEL REFUGIO RODRIGUEZ RODRIGUEZ.

Esperando tener una respuesta favorable, quedo de usted.

ATENTAMENTE



ASUNTO: AGRADECIMIENTO

15/03/22

C. MARIA GUADALUPE CARRILLO RODRIGUEZ  
PRESIDENTA MUNICIPAL DE CATORCE, S.L.P.

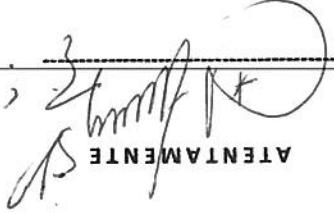
Estimada presidenta, por medio de la presente le agradezco:

SOLICITUD DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION  
DE MA. DEL REFUGIO RODRIGUEZ RODRIGUEZ

. Reiterandole la seguridad

de mis respetos, me despido de usted.

ATENTAMENTE





# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

212722105

<b>1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A)</b> Nombre(s) <u>Maria del Refugio Rodriguez Rodriguez</u> Segundo Apellido	<b>2. FECHA DE NACIMIENTO</b> Día Mes Año <u>03/07/1936</u> 3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	<b>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO</b> <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	<b>5. CURP</b> <u>R01R136107103MISPDDF102</u> Se ignora <input type="radio"/>	<b>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</b> SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	<b>7. NACIONALIDAD</b> Mexicana <input checked="" type="radio"/> - Otra <input type="radio"/>	<b>8. EDAD CUMPLIDA</b> Para menores de una hora: Horas Minutos Para menores de un día: Horas Minutos Para menores de un mes: Horas Minutos Para menores de un año: Meses	<b>9. ESTADO CONYUGAL</b> En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/>	<b>10. RESIDENCIA HABITUAL</b> Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>5 Urbano</u> 10.1 Tipo de vivienda <u>7181510</u> 10.2 Nombre de la vivienda <u>Real de Catorce</u> 10.3 Núm. Exterior Interior <u>10.4</u> Tipo de asentamiento humano <u>10.8</u> Localidad <u>Catorce</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	<b>11. ESCOLARIDAD</b> Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	<b>12. OCUPACIÓN HABITUAL</b> <u>Arno de Casa</u> 12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	<b>13. AFIILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b> Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEXEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	<b>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEXEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Otra unidad privada <input type="radio"/>	<b>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> <u>5</u> 15.1 Tipo de vivienda <u>Urbano</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>Real de Catorce</u> 15.3 Núm. Exterior Interior <u>15.4</u> Tipo de asentamiento humano <u>7181510</u> 15.5 Localidad <u>Catorce</u> 15.7 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.9 Entidad federativa	<b>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN</b> <u>11/2/03 20:22</u> 16.1 Mes Año <u>11</u> <u>03</u> 16.2 Hora Minutos <u>20</u> <u>22</u>	<b>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</b> SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	<b>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?</b> SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	<b>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</b> (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) Debido a (o como consecuencia de) <u>...</u> b) <u>Trombosis arterial sistémica</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Insuficiencia venosa crónica</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Hipertroidismo</u>	<b>PARTE II</b> Otras estadísticas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte y que no fueron anotadas con la enfermedad o estado morbosos que la produjo	<b>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b> Código CIE	<b>22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)</b>
<b>DEL FALLECIDO</b>														<b>DE LA DEFUNCIÓN</b>						

DE ACUERDO CON LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSICIÓN DE DATOS PARTICULARES  
 DE ACUERDO CON LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSICIÓN DE DATOS PARTICULARES

Y VOUCHER  
 BREVE AUTOMÁTICA