|  |
| --- |
| ESTADO DE CALIFORNIA  CERTIFICACIÓN DE ACTA DEL REGISTRO CIVIL |
| **CONDADO DE LOS ANGELES** **DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 3052022094817  NÚMERO DE ARCHIVO ESTATAL | | | | | | | **ACTA DE DEFUNCIÓN**  ESTADO DE CALIFORNIA  UTILICE SOLO TINTA NEGRA/ NO BORRADURAS, CORRECCIONES O ALTERACIONES  VS 11a (REV 3/06) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3202219021188  NÚMERO DE REGISTRO LOCAL | | | | | | | | | | | | | DATOS PERSONALES DEL DIFUNTO | 1. Nombre del finado (De pila)  **FROYLAN** | | | | | | | | | | | | 2. Segundo  **-** | | | | | | | 3. Apellido (Familia)  **MORALES BELLO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | También Conocido Como – Incluya alias completo (Primero, Segundo, Apellido)  [Espacio en Blanco] | | | | | | | | | | | | | 4. Fecha de nacimiento  dd/mm/aaaa  **26/05/1968** | | | | | | | 5. Años  **53** | | | | Menor de 1 año | | | | | | | | Menor de 24 horas | | | | | 6. Sexo  **M** | | Meses | | | | | Días | | | Horas | | | Minutos | | | 9. Estado o país de nacimiento  **MEXICO** | | 10. Número de seguridad social    **603-20-0827** | | | | | | | | | 11. ¿Estuvo alguna vez en el ejército?  **Sí  No  Se desconoce** | | | | | | | | | | | 12. Estado civil (a la fecha del deceso)  **CASADO** | | | | | | | | 7. Fecha de deceso dd/mm/aaaa  **15/04/2022** | | | | | | 8. Hora (24 Horas)  **1407** | | | 13. Educación – Nivel más alto/título (ver formulario al reverso)  **01** | | | | | | | | | 14/15. ¿El finado era hispano/latino/español? De serlo ver formulario al reverso  **Sí MEXICANO  NO** | | | | | | | | | | | | | | | | 16. Raza del finado – Se pueden indicar hasta 3 razas (ver formulario al reverso)  **MEXICANO** | | | | | | | | | | | | | | 17. Ocupación habitual – tipo de trabajo realizado la mayor parte de su vida. NO DECLARE JUBILADO  **CONSTRUCCIÓN** | | | | | | | | | | | | | | 18. Giro de trabajo o industria (ejemplo, tienda de abarrotes, construcción, agencia de empleos, etc.)  **CONSTRUCCIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 19. Años en su ocupación  **30** | | | | | RESIDENCIA HABITUAL | 20. Residencia del finado (Calle y número, o ubicación)  **8728 FONTANA STREET** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 21. Ciudad  **DOWNEY** | | | | | | | 22. Condado/provincia  **LOS ANGELES** | | | | | | | | | 23. Código postal  **90241** | | 24. Años en el condado  **22** | | | | | | | | | 25. Estado o País Extranjero  **CA** | | | | | | | | | | | | INFORMA-NTE | 26. Nombre del informante y relación  **ADRIANA CAMPOS, HIJA** | | | | | | | | | | | | | | 27. Domicilio postal del informante (Calle y número, Ciudad, Estado, Código Postal)  **12843 BARLIN AVE, DOWNEY, CA 90242** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | INFORMACIÓN DE CÓNYUGE y PADRES | 28. Nombre del cónyuge supérstite- primero  **GABRIELA** | | | | | | | | 29. Segundo  **VLADES** | | | | | | | | | 30. Apellido (de nacimiento)  **TELLEZ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 31. Nombre del padre-primero  **JESUS** | | | | | | | | 32. Segundo  [Espacio en Blanco] - | | | | | | | | | 33. Apellido  **MORALES** | | | | | | | | | | | | | | | | 34. Estado de nacimiento  **MÉXICO** | | | | | | 35. Nombre de la madre- primero  **CIRILA** | | | | | | | | 36. Segundo  [Espacio en Blanco] - | | | | | | | | | 37. Apellido (de nacimiento)  **BELLO** | | | | | | | | | | | | | | | | 38. Estado de nacimiento  **MÉXICO** | | | | | | DIRECTOR DE FUNERARIA / OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL LOCAL | 39. Fecha de disposición  dd/mm/aaaa  **21/04/2022** | | | | | 40. Lugar de destino final de los restos **PANTEÓN CORRESPONDIENTE DE JERÉCUARO**  **PURUAGUA, JERÉCUARO, GTO, MX 38570** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 41. Destino final de los restos  **TRANSITO / INHUMACIÓN** | | | | | | | | 42**.** Firma del embalsamador  **> LUIS ALFREDO SANCHEZ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 43. Numero de licencia  **EMB8311** | | | | | | | | 44. Nombre de la funeraria  **CHAVEZ FUNERAL & CREMATION SERVICES INC.** | | | | | | | | 45. Numero de licencia  **FD2363** | | | | | | | 46. Nombre del oficial del registro civil  **> MUNTU DAVIS, MÉDICO** | | | | | | | | | | | | | | | | 47. Fecha (día, mes, año)  **20/04/2022** | | | | | | | | LUGAR DE DECESO | 101. Lugar de deceso  **PIH HEALTH HOSPITAL-WHITTIER** | | | | | | | | | | 102.Si ocurrió en un hospital especifique uno  **Enfermo Internado  Urgencias**  **Muerto al llegar** | | | | | | | | | | | 103.Si ocurrió en lugar distinto al hospital especifique uno  **Hospital para enfermos terminales  Asilo de ancianos  Hogar del difunto  Otro** | | | | | | | | | | | | | | | | | | 104. Condado  **LOS ÁNGELES** | | | | 105. Domicilio de la institución o ubicación donde se encontró (calle y numero o ubicación)  **12401 WASHINGTON BLVD** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 106. Ciudad  **WHITTIER** | | | | | | | | | | | CAUSA DEL DECESO | 107. CAUSA DEL DECESO | | | Indique la cadena de eventos – enfermedades, lesiones o complicaciones – que de forma directa causaron la muerte, NO indique eventos terminales como paro cardiaco, paro respiratorio, o fibrilación ventricular sin mostrar etiología. NO ABREVIE. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Intervalo aproximado entre comienzo y la muerte | | | | | | | 108. ¿Se reportó el deceso al médico forense?  **Sí  No**  Numero de referencia | | | | | | | | | CAUSA INMEDIATA  (Enfermedad final o padecimiento que provoco el en deceso) | 🡪 | | | (A) **PARO CARDIOPULMONAR AGUDO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (TA) **HORAS** | | | | | | | | Indique de forma secuencial los padecimientos, si hay alguno, que provocaron la causa indicada en apartado a. Indique la CAUSA COLATERAL (Enfermedad o lesión que iniciaron los acontecimientos que causaron la muerte) AL FINAL. | | | (B) **HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA CON EDEMA CEREBRAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (TB) **DIAS** | | | | | | | 109. ¿Se realizó una biopsia?  **Sí  No** | | | | | | | | | (C) **ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (TC) **AÑOS** | | | | | | | 110. ¿Se realizó una autopsia?  **Sí  No** | | | | | | | | | (D)**HIPERTENCIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (TD) **AÑOS** | | | | | | | 111. ¿se usaron para determinar la causa?  **Sí  No** | | | | | | | | | 112. Otros padecimientos importantes que contribuyeron al deceso, pero no provocaron en la causa colateral señalada en 107.  **NINGUNO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 113. ¿Se realizó alguna operación para los padecimientos señalados en 107 o 112? (de ser así indique el tipo de operación y fecha)  **NO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 113A. De ser mujer, ¿embarazada en último año?  **Si  No  Se desconoce** | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO** | 114. Certifico que a mi leal saber y entender, el deceso ocurrió a la hora, fecha y lugar indicado de las causas plasmadas.  El difunto asistió desde Difunto visto vivo por última vez | | | | | | | 115. Firma y título de certificador.  **> ADAM MASOOD DOST, MEDICO** | | | | | 116. Número de licencia  **20A11931** | | 117. Fecha día, mes, año  **19/04/2022** | | | (A) Difunto atendido desde  dd/mm/aaaa  **14/04/2022** | | | B) Última vez que se vio con vida al finado  dd/mm/aaaa  **15/04/2022** | | | | | 118. Escriba nombre del médico que atedio, domicilio y código postal **ADAM MASOOD DOST, MEDICO**  **12401 WASHINGTON BLVD, WHITTIER, CA 90602** | | | | | | | | | **USO EXCLUSIVO DEL FORENSE** | 119. Certifico que en mi opinión la muerte ocurrió a la hora, fecha y lugar mencionado de las causas indicadas. Forma del deceso **Natural  Accidente  Homicidio  Suicidio**  **Investigación pendiente  No se pudo determinar** | | | | | | | | | | 120. ¿Accidente de trabajo?  **Sí  No  Se desconoce** | | | 121. Fecha de lesión dd/mm/aaaa  [Espacio en Blanco] | | 122. Hora (24 Horas)  [Espacio en Blanco] | | 123. Lugar del accidente (Ejemplo, hogar, sitio de construcción, área boscosa, etc.)  [Espacio en Blanco] | | | | | | | | | | | | | | | | | 124. Describa como ocurrió el accidente (Eventos que resultaron en lesión)  [Espacio en Blanco] | | | | | | | | | | | | | | | | | 125. Ubicación del accidente (Calle y número, o ubicación, y ciudad y código postal)  [Espacio en Blanco] | | | | | | | | | | | | | | | | | 126. Firma de forense/asistente [Espacio en Blanco] | | | | | | | | | 127. Fecha día, mes, año  [Espacio en Blanco] | | 128. Escriba nombre, título de forense/asistente  [Espacio en Blanco] | | | | | | Registro Civil Estatal | | A | B | | C | D | E | | | [código de barras]  (Texto ilegible) | | # de autenticación de fax | | | Censales | | | | | | |
| **COPIA CERTIFICADA DEL REGISTRO CIVIL**  ESTADO DE CALIFORNIA, CONDADO DE LOS ÁNGELES | | [Código de Barras]  \*003382744\* | | |
| (SELLO: EL GRAN SELLO DEL ESTADO DE CALIFORNIA) | Ésta es una copia auténtica certificada del registro archivado en el Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles que lleva la firma del Registrador en tinta violeta.  **[FIRMA] MEDICO** FECHA DE EMISIÓN  **VG**  Oficial de Salud y Registrador | | 20 DE ABRIL DE 2022 | Logo  Description automatically generated[SELLO: CONDADO DE LOS ANGELES REGISTRO CIVIL, ESTADO DE CALIFORNIA |
|  | El presente documento no es válido a menos que sea impreso en borde gravado con fecha, sello y firma del Oficial del Registro Civil del Condado. | | |  |
| CUALQUIER ALTERACIÓN O BORRADURA NULIFICA LA PRESENTE ACTA | | | | |

-------------------- FIN DE LA TRADUCCIÓN -------------------

El suscrito, Víctor Domingo Martínez Herrera, perito traductor autorizado por el Poder Judicial y el Registro Civil del Estado de Guanajuato. Certifico que la presente es una traducción completa, fiel y correcta de un documento en idioma inglés que tengo a la vista en calidad de original y la traducción consta de dos fojas.

**Jerécuaro, Guanajuato, 13 de mayo de 2022**

**Víctor Domingo Martínez Herrera**

**Perito Traductor**