



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017
FOLIO

170652698

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Alfonso Hernandez Sanchez</u>		Primer Apellido <u>Hernandez</u>		Segundo Apellido <u>Sanchez</u>	
FECHA DE NACIMIENTO <u>31/10/1964</u>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	
CURP <u>HESAG411031HSPRN20S</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u> </u> Minutos Para menores de un día: <u> </u> Horas Para menores de un mes: <u> </u> Días Para menores de un año: <u> </u> Meses Para personas de un año o más: <u>52</u> Años cumplidos		8.2 Semanas de gestación: <u> </u>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>22</u> <u>Rural</u>		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad <u>Benito Juárez</u>	
10.3 Núm. Exterior <u>79860</u> 10.4 Núm. Interior <u> </u>		10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Asacaca</u>		10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>	
10.7 Código Postal <u>24050</u>		10.8 Localidad <u>Coacatlán</u>		10.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u>	
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 9		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Obrero</u>		12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2405066709</u>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input checked="" type="radio"/> 2		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Cd. Valles</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Km 7</u>		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera México-Laredo RT</u>	
15.3 Núm. Exterior <u> </u> 15.4 Núm. Interior <u> </u>		15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Cd. Valles</u>		15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>	
15.7 Código Postal <u> </u>		15.8 Localidad <u> </u>		15.9 Municipio o delegación <u> </u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>03/07/2017</u> <u>17:23:50</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Dificultad Respiratoria Severa</u> b) <u>Infección vías Respiratorias</u> c) <u> </u> d) <u> </u> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Tuberculosis Miliar</u> <u>Hepatopatía Alcohólica</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>3 hrs</u> <u>3 mers</u> <u>3 meses</u> <u>8 años</u>		Código CIE <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 El embarazo <input type="radio"/> 1 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número <u> </u> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u> </u> <u> </u> <u> </u>		22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u> </u> <u> </u> <u> </u>		22.6 Nombre de la vialidad <u> </u> 22.7 Nombre del asentamiento humano <u> </u> 22.8 Localidad <u> </u> 22.9 Municipio o delegación <u> </u> 22.10 Entidad federativa <u> </u>	
23. NOMBRE <u>José Hernández Sánchez</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermano</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique <u> </u>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>6311552</u>		Número de la cédula profesional <u> </u>		FIRMA <u> </u>	

Angel Arturo Cruz Nava

Dr. Angel Arturo Cruz Nava
MÉDICO CIRUJANO
UNIVERSIDAD DEL NORESTE
CÉD. PROF: 6311552 REG. EST. SLP-8326/2015 N.L.
No. ISSSTE 903944