



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

MUNDO 2011

FOLIO

180644531

ANTES DE LLENAR LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DE FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Narciso Alvarado		Primer Apellido	Segundo Apellido				
	2. FECHA DE NACIMIENTO	11 10 1973	Dia Mes Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí		
	5. CURP	AAAAN7310114SPLCROS		Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
	8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	44	Años cumplidos	
	Minutos	Horas	Días	Meses	Años	Se ignora <input type="radio"/> 99			
	Para menores de 28 días anote:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Casado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1	Se ignora <input type="radio"/> 9	
	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:			10. RESIDENCIA HABITUAL	Colo	10.2 Nombre de la vialidad	San Esteban		
	10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano	Soleado de Graciela Sanchez San Luis Potosí				
	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o delegación	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 checked="" type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Comerciante	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4	ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 6	SEDENA <input type="radio"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99	Otra <input type="radio"/> 8	12.1 Trabajaba	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
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 SEMAR <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	Hospital General de Soleado	14.1 Nombre de la unidad médica	Via pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11	Otro lugar <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 99		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.1 Núm. Exterior	15.2 Número de la vialidad	15.3 Núm. Interior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.7 Código Postal		
		Colonia			Salcedo de Graciela Sanchez	Amador Rivas Guillen			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	16.1 Núm. Exterior	16.2 Número de la vialidad	16.3 Núm. Interior	16.4 Núm. Interior	16.5 Tipo de asentamiento humano	16.6 Nombre del asentamiento humano	16.7 Código Postal		
	1112	1510			Colonia	San Luis Potosí			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada rincón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	19.1 Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente				19.2 Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo				
a)	Neumonía				Síndrome Respiratorio Agudo				
b)	Debido a (o como consecuencia de)				Debido a (o como consecuencia de)				
c)	Debido a (o como consecuencia de)				Debido a (o como consecuencia de)				
d)									
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	El parto <input type="radio"/> 2 No estuve 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	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3	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 Sitio donde ocurrió la lesión	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área industrial <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)		
22.4.1 Número de la cédula profesional	22.4.2 Número de la cédula profesional								
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio								
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	22.7.1 Tipo de vialidad					22.7.2 Nombre de la vialidad			
22.7.3 Núm. Exterior	22.7.4 Núm. Interior	22.7.5 Tipo de asentamiento humano					22.7.6 Nombre del asentamiento humano		
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o delegación					22.7.10 Entidad federativa		
23. NOMBRE DEL INF.	Colo Alvarado	Primer Apellido	Acosta	Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				
27. NOMBRE	Alejandro Everardo Sanchez	Primer Apellido	Heinander Hernandez	Segundo Apellido	27. Número de la cédula profesional				
29. DÓMICILIO Y TELÉFONO	Pro Col	Volentín Amador	1112	Rivas Guillen	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano		
29.1 Número de la vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Número de la vialidad	29.4 Nombre de la vialidad	29.5 Número de la vialidad					
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Municipio o delegación	29.10 Entidad federativa	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
29.9 Municipio o delegación	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	29.12 Día	29.13 Mes	29.14 Año				
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO								
Núm. _____, Libro Núm. _____	32.1 Localidad								

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

180644531