



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

180644531

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Narciso Alvarado Acosta Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido					
2. FECHA DE NACIMIENTO 11/10/1973 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP AAAN73101145PLCROS Se ignora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique		
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: Para menores de un día: Horas: Para menores de un mes: Días: Para menores de un año: Meses: Para personas de un año o más: Años cumplidos: 44 Se ignora <input type="radio"/>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): Calle Fraccionamiento 10.1 Tipo de vivienda: San Esteban 10.2 Nombre de la vivienda: San José 10.3 Núm. Exterior: 218 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí 10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 10.7 Código Postal: 10.8 Localidad: Soledad de Graciano Sánchez 10.9 Municipio o delegación: Soledad de Graciano Sánchez 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí					
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Comerciante Se ignora <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital General de Soledad 14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Soledad 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 14.3 Tipo de unidad: Pública <input checked="" type="radio"/> Privada <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1112 15.1 Núm. Exterior: 15.2 Núm. Interior: Volentin Amador 15.3 Tipo de vivienda: Riveros Guillen 15.4 Tipo de asentamiento humano: Soledad de Graciano Sánchez 15.5 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 15.6 Código Postal: 15.7 Localidad: Soledad de Graciano Sánchez 15.8 Municipio o delegación: Soledad de Graciano Sánchez 15.9 Entidad federativa: San Luis Potosí					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 05/06/2018 02:02 Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) Neumonía Debido a (o como consecuencia de) b) SIDA Debido a (o como consecuencia de) c) Lesión. Razo Agude Debido a (o como consecuencia de) d) Lesión. Razo Agude Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 10 días 25 años 8 días		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		23. ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
24. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		25. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		26. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
27. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 27.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 27.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 27.3 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 27.4 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		28. Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 29. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 29.1 Tipo de vivienda: 29.2 Nombre de la vivienda: 29.3 Núm. Exterior: 29.4 Núm. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: 29.6 Nombre del asentamiento humano: 29.7 Código Postal: 29.8 Localidad: 29.9 Municipio o delegación: 29.10 Entidad federativa:		30. Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): 31. Fecha de certificación: Día Mes Año	
32. NOMBRE Celio Alvarado Acosta Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		33. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hermano			
34. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique		35. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 2977216 Número de la cédula profesional			
36. NOMBRE Alfonso Everardo Sánchez Hernández Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		37. FIRMA [Firma]			
38. DOMICILIO y TELÉFONO 28.1 Tipo de vivienda: 28.2 Nombre de la vivienda: 28.3 Núm. Exterior: 28.4 Núm. Interior: 28.5 Tipo de asentamiento humano: 28.6 Nombre del asentamiento humano: 28.7 Código Postal: 28.8 Localidad: 28.9 Municipio o delegación: 28.10 Entidad federativa:		39. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año			
40. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.		41. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad: 31.2 Fecha de registro: Día Mes Año			

ENTREGUE EL ORIGINAL LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
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