



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1  
FOLIO

212249955

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. 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 LOS PARTICULARES.

Se de cuartos muertos 14 días

212249955

<b>DEL FALLECIDO</b>	
1. NOMBRE DEL(LE) LA FALLECIDO(A) <u>Javier Alvarado Lopez</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>10/03/1968</u>	
3. SEXO <u>Hombre</u>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>AAAJ36803101H8PLPV1018</u>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <u>No</u>	
7. NACIONALIDAD <u>Mexicana</u>	
8. EDAD CUMPLIDA <u>53</u>	
9. ESTADO CONYUGAL <u>Separado(a)</u>	
10. RESIDENCIA HABITUAL <u>Calle Mabel Hidalgo</u>	
11. ESCOLARIDAD <u>Primaria</u>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Trabajador</u>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <u>IMSS</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Hospital General Zona 06</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Boulevard Fraccionamiento 914</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>23/08/2021 11:01</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <u>No</u>	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? <u>No</u>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfénia, etc.)	
a) <u>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u>	
b) <u>Síndrome inflamatorio multisistémico asociado con Covid-19</u>	
c) <u>Covid-19</u>	
d) <u>Diabetes Mellitus no insulinodependiente</u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <u>E11.7</u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>	
25. CERTIFICADA POR <u>Médico legista</u>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>1132634</u>	
27. NOMBRE <u>Jorge Estrada Mervel</u>	
28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Boulevard Fraccionamiento 914</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>23/08/2021</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD