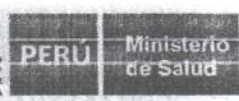




2000241794



## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN GENERAL

El que suscribe certifica: SOLO CONSTATAR LA DEFUNCIÓN

### 1. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO

1.1 Condición de Identificación: PERSONA IDENTIFICADA  
 1.2 Documento de Identidad: DNI/LE 29476936  
 1.3 Prenombres: JUAN PASTOR  
 1.4 Primer Apellido: CUEVA  
 1.5 Segundo Apellido: ZUÑIGA  
 1.6 Sexo: MASCULINO 1.7 Edad: 95 AÑOS Aprox. 1.8 Nacionalidad: PERUANA

### 2. DATOS DEL FALLECIMIENTO

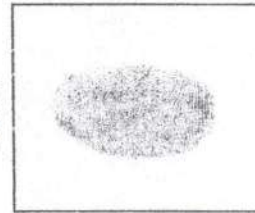
2.1 Fecha: 21/04/2020 2.2 Hora: 17:15:00 Aprox.  
 2.3 Sitio de ocurrencia: ESTABLECIMIENTO DE SALUD - HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO - ESQUINA PERAL - EL FILTRO S/N - AMERICA / PERU / AREQUIPA / AREQUIPA / AREQUIPA  
 2.4 Causa básica del fallecimiento: HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

### 3. DATOS DEL PERSONAL DE LA SALUD QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

3.1 Documento de Identidad: DNI/LE 40556921  
 3.2 Prenombres: MARIA DE GUADALUPE  
 3.3 Primer Apellido: SALAZAR  
 3.4 Segundo Apellido: ORTIZ  
 3.5 N° de registro del colegio profesional: 044702 3.6 Profesión: MEDICO  
 3.7 Sitio y fecha de certificación: HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO - 21 DE ABRIL DE 2020

  
 Dra. Maria Salazar Ortiz  
 MÉDICO INTERNISTA  
 CMP: 44702 - RNE: 20127

Impresión Dactilar del profesional



Sello y firma del profesional

PARA EL INTERESADO

PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

### INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN GENERAL

#### 4. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO

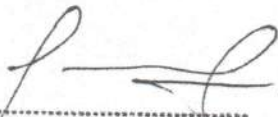
4.1 Nombres y Apellidos: JUAN PASTOR, CUEVA ZUÑIGA  
 4.2 Grupo étnico: MESTIZO  
 4.3 Documento de identidad: DNI/LE 29476936  
 4.4 Sexo: MASCULINO 4.5 Edad: 95 AÑOS

#### 5. DATOS DEL FALLECIMIENTO

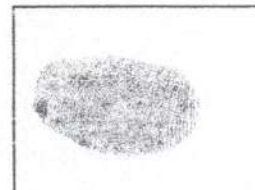
5.1 Lugar: ESTABLECIMIENTO DE SALUD - HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO - ESQUINA PERAL - EL FILTRO S/N - AMERICA / PERU / AREQUIPA / AREQUIPA / AREQUIPA  
 5.2 Fecha: 21/04/2020 5.3 Hora: 17:15:00

#### 6. DATOS DE LA PERSONA QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

6.1 Documento de Identidad: DNI/LE 40556921  
 6.2 Nombres y Apellidos: MARIA DE GUADALUPE, SALAZAR ORTIZ  
 6.3 N° de registro del colegio profesional: 044702 6.4 Profesión: MEDICO  
 6.5 El que certifica declara: SOLO CONSTATAR LA DEFUNCIÓN

  
 Dra. Maria Salazar Ortiz  
 MÉDICO INTERNISTA  
 CMP: 44702 - RNE: 20127

Impresión Dactilar del profesional





2000241794



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN GENERAL

1. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO

1.1 Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

1.2 Sexo: \_\_\_\_\_

1.3 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

1.4 Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

1.5 Estado Civil: \_\_\_\_\_

1.6 Ocupación: \_\_\_\_\_

1.7 Lugar de Residencia: \_\_\_\_\_

1.8 Fecha de Fallecimiento: \_\_\_\_\_

1.9 Hora de Fallecimiento: \_\_\_\_\_

1.10 Lugar de Fallecimiento: \_\_\_\_\_

1.11 Causa de Fallecimiento: \_\_\_\_\_

1.12 Fecha de Registro: \_\_\_\_\_

1.13 Hora de Registro: \_\_\_\_\_

1.14 Lugar de Registro: \_\_\_\_\_

1.15 Nombre y Apellido del Registrante: \_\_\_\_\_

1.16 Cargo: \_\_\_\_\_

1.17 Firma: \_\_\_\_\_

1.18 Impresión Dactilar (índice derecho): \_\_\_\_\_

2. DATOS DEL PROFESIONAL QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

2.1 Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

2.2 Sexo: \_\_\_\_\_

2.3 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

2.4 Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

2.5 Estado Civil: \_\_\_\_\_

2.6 Ocupación: \_\_\_\_\_

2.7 Lugar de Residencia: \_\_\_\_\_

2.8 Fecha de Registro: \_\_\_\_\_

2.9 Hora de Registro: \_\_\_\_\_

2.10 Lugar de Registro: \_\_\_\_\_

2.11 Nombre y Apellido del Registrante: \_\_\_\_\_

2.12 Cargo: \_\_\_\_\_

2.13 Firma: \_\_\_\_\_

2.14 Impresión Dactilar (índice derecho): \_\_\_\_\_

*[Handwritten signature]*

PARA EL INTERESADO

PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

**7. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN**

7.1 Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente (a) Intervalo

- CIE-X (a): I606 - HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

7.2 Se realizó necropsia  NO SE REALIZÓ NECROPSIA

**INSTRUCCIONES GENERALES**

1. El responsable de la Certificación de la Defunción deberá verificar los datos de la sección IDENTIFICACIÓN DEL DIFUNTO con documentos de identificación oficiales o documentos probatorios.
2. Asimismo, el responsable de la Certificación de la Defunción deberá registrar sus datos de identificación en las secciones denominadas DATOS DEL PROFESIONAL QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN, asimismo, deberá consignar su IMPRESIÓN DACTILAR (índice derecho) en los recuadros impresos para ello.
3. En el caso de MUERTE VIOLENTA O CAUSA EXTERNA, o MUERTE DE MUJERES ASOCIADA A GESTACIÓN, PARTO Y PUEPERIO, debe registrarse en el paso 2 FALLECIMIENTO: DATOS DEL FALLECIMIENTO del sistema.
4. Está terminantemente prohibido que el responsable de la Certificación de la Defunción certifique la defunción de los familiares directos o personas que estén bajo su dependencia.

**PARO CARDIACO NO ES UNA CAUSA BÁSICA DE MUERTE**

