

Secretaría de Salud

Impresión de la información contenida en el Certificado de Defunción FOLIO: 150674015

FOLIO DE CONTROL: JUR600620

DEL FALLECIDO(A)

1. Nombre del fallecido(a):
Nombre(s): J. ISAIAS
Apellido paterno: MARTINEZ
Apellido materno: RESENDIZ
2. CURP: NO ESPECIFICADO 3. SEXO: 1 - HOMBRE 4. NACIONALIDAD: 1 - MEXICANA
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: 2 - NO 6. PESO: 34 (Kgs.) 500 (Gms.)
7. TALLA: 1 (Mts.) 60 (Cms.) 8. FECHA DE NACIMIENTO: 04/07/1957 9. CLAVE DE EDAD: 3 Edad cumplida: 57 - AÑOS
9.1 Folio del Cert. de Nac.: 000000000 10. ESTADO CONYUGAL: 4 - EN UNION LIBRE
11. RESIDENCIA HABITUAL:
11.1 Calle y número: CALLE DE LOS POCITOS CENTRO
11.5 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI 11.4 Municipio: 054 - XILITLA
11.3 Localidad: 0073 - SOLEDAD DE ZARAGOZA 11.2 Colonia: SOLEDAD DE ZARAGOZA
12. ESCOLARIDAD: 02 - PRIMARIA INCOMPLETA
13. OCUPACIÓN HABITUAL: 41 - TRAB. ACT. AGRIC., GANAD., SILVIC. Y CAZA Y PESCA. 13.1 Trabajaba: 1 - SI
14. AFILIACIÓN 1: 01 - NINGUNA 14.1 Número de afiliación: NO APLICA
14.2. Afiliación 2: 00 - N.E.

Tb. check
Folio en
p. letatoma

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA: 11 - HOGAR
15.2 CLUES: 9997 - NO APLICA
15.1 Unidad médica: NO APLICA
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN:
16.1 Calle y número: CALLE DE LOS POCITOS CENTRO
16.5 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI 16.4 Municipio: 054 - XILITLA
16.3 Localidad: 0073 - SOLEDAD DE ZARAGOZA 16.2 Colonia: SOLEDAD DE ZARAGOZA
16.6 Jurisdicción: 06 - TAMAZUNCHALE 17. FECHA DE DEFUNCIÓN: 12/06/2015 17.1 Hora: 14:30
18. TUVO ATENCIÓN MÉDICA: 1 - SI 19. SE LE REALIZÓ NECROPSIA: 2 - NO

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:

Descripción	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Causa
	9	999 - SE IGNORA	
I a) FALLA ORGANICA MULTIPLE	-	-	R688
I b) INHANCION	9	999 - SE IGNORA	E46X
I c) DESNUTRICION SEVERA	-	-	-
I d) -	9	999 - SE IGNORA	E43X
II 1) -	-	-	-
II 1) -	-	-	-
II 1) -	-	-	-
II 1) -	-	-	-

21. CAUSA BÁSICA: E43X - DESNUTRICION PROTEICOALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA

Caso rectificado: NO

Bandera de vigilancia epidemiológica: NO

Bandera de muerte materna: NO

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS:

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: 8 - NO APLICA

22.2 Complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio: 8 - NO APLICA

22.3 Complicaron el embarazo, parto o puerperio: 8 - NO APLICA

MUERTE ACCIDENTALES O VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

23.1 Fue un presunto: 8 - NO APLICA

23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo: 8 - NO APLICA

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: 88 - NO APLICA

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): 88 - NO APLICA

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: NO APLICA

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión:
NO APLICA

23.7 Sólo en caso de accidente, domicilio dónde ocurrió la lesión:

23.7.1 Calle y número: NO APLICA

23.7.5 Entidad: 88 - NO APLICA

23.7.4 Municipio: 888 - NO APLICA

23.7.3 Localidad: 8888 - NO APLICA

23.7.2 Colonia: NO APLICA

DEL INFORMANTE

24. NOMBRE:

Nombre(s): ADELA

Apellido paterno: SANCHEZ

Apellido materno: TREJO

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): 01 - ESPOSA(O) O COMPANERA(O)

DEL CERTIFICANTE:

26. CERTIFICADA POR: 1 - MEDICO TRATANTE

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO (Número de cédula profesional): 1481568

28. NOMBRE:

Nombre(s): MOISES

Apellido paterno: RODRIGUEZ

Apellido materno: FIGUEROA

29. TELÉFONO: 9999999999

30. DOMICILIO: SOLEDAD DE ZARAGOZA

31. ¿ESTÁ FIRMADO EL CERTIFICADO?: 1 - SI

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 16/06/2015

DEL REGISTRO CIVIL:

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO:

Núm.: -

Libro: -

Acta: -

34. LUGAR Y FECHA DEL REGISTRO:

34.3 Entidad: -

34.2 Municipio: -

34.1 Localidad: -

34.4 Fecha de registro: - / - / -