

**DEL FALLECIDO(A)**

1. Nombre del fallecido(a):  
Nombre(s): **MARIBEL**  
Apellido paterno: **RAMIREZ**  
Apellido materno: **MEDINA**

2. CURP: **NO ESPECIFICADO** 3. SEXO: **2 - MUJER** 4. NACIONALIDAD: **1 - MEXICANA**

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: **2 - NO** 6. PESO: **30 (Kgs.) 0 (Gms.)**

7. TALLA: **1 (Mts.) 20 (Cms.)** 8. FECHA DE NACIMIENTO: **04/05/1987** 9. CLAVE DE EDAD: **3** Edad cumplida: **28 - AÑOS**

9.1 Folio del Cert. de Nac.: **000000000** 10. ESTADO CONYUGAL: **1 - SOLTERO(A)**

11. RESIDENCIA HABITUAL:  
11.1 Calle y número: **EMILIANO ZAPATA 55 CHIMALACO**  
11.5 Entidad: **24 - SAN LUIS POTOSÍ** 11.4 Municipio: **053 - AXTLA DE TERRAZAS**  
11.3 Localidad: **0025 - CHIMALACO** 11.2 Colonia: **CHIMALACO**

12. ESCOLARIDAD: **01 - NINGUNA** 13.1 Trabajaba: **2 - NO**

13. OCUPACIÓN HABITUAL: **00 - N.E.** 14.1 Número de afiliación: **NO APLICA**

14. AFILIACIÓN 1: **01 - NINGUNA**  
14.2. Afiliación 2: **00 - N.E.**

**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: **EMILIANO ZAPATA 55 CHIMALACO** 16.4 Municipio: **053 - AXTLA DE TERRAZAS**  
16.5 Entidad: **24 - SAN LUIS POTOSÍ** 16.2 Colonia: **CHIMALACO**  
16.3 Localidad: **0025 - CHIMALACO** 17. FECHA DE DEFUNCIÓN: **23/07/2015** 17.1 Hora: **10:00**  
16.6 Jurisdicción: **06 - TAMAZUNCHALE**

18. TUVO ATENCIÓN MÉDICA: **9 - SE IGNORA** 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
a) <b>DESNUTRICION SEVERA</b>	9 999 - SE IGNORA	E43X
b) <b>ANEMIA SEVERA</b>	9 999 - SE IGNORA	D649
c) -	-	-
d) -	-	-
II 1) -	-	-
II 1) -	-	-
II 1) -	-	-

21. CAUSA BÁSICA: **D649 - ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO**

Caso rectificado: **0** 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: **0 - N.E.**  
22.2 Complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio: **0 - N.E.**  
22.3 Complicaron el embarazo, parto o puerperio: **0 - N.E.**

**MUERTES 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** 23.7.4 Municipio: **888 - NO APLICA**  
23.7.5 Entidad: **88 - NO APLICA** 23.7.2 Colonia: **NO APLICA**  
23.7.3 Localidad: **8888 - NO APLICA**

**DEL INFORMANTE**

24. NOMBRE:  
Nombre(s): **GUILLERMO**  
Apellido paterno: **RAMIREZ**  
Apellido materno: **MEDINA**

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): **05 - HERMANO(A)**

**DEL CERTIFICANTE:**

26. CERTIFICADA POR: **3 - OTRO MEDICO**

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO (Número de cédula profesional): **7049280**

28. NOMBRE:  
Nombre(s): **DR. JAIME ARMANDO**  
Apellido paterno: **VALDEZ**  
Apellido materno: **SOLIS**

29. TELÉFONO: **9999999999**

30. DOMICILIO: **RANCHO NUEVO AXTLA**

31. ¿ESTÁ FIRMADO EL CERTIFICADO?: **1 - SI** 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: **29/07/2015**

**DEL REGISTRO CIVIL:**

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm.: **00001** Libro: **00005** Acta: **00119**

34. LUGAR Y FECHA DEL REGISTRO:  
34.1 Entidad: **24 - SAN LUIS POTOSÍ** 34.2 Municipio: **053 - AXTLA DE TERRAZAS**  
34.3 Localidad: **0001 - AXTLA DE TERRAZAS** 34.4 Fecha de registro: **30/07/2015**