

Secretaría de Salud

Impresión de la información contenida en el Certificado de Defunción FOLIO: 150678473 FOLIO DE CONTROL: 000000745

DEL FALLECIDO(A)

1. Nombre del fallecido(a):
Nombre(s): MA CRUZ
Apellido paterno: OSORIO
Apellido materno: CHAVEZ
2. CURP: O0CC640503HSPSHR03 3. SEXO: 2 - MUJER 4. NACIONALIDAD: 1 - MEXICANA
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: 2 - NO 6. PESO: 72 (Kgs.) 0 (Gms.)
7. TALLA: 9 (Mts.) 99 (Cms.) 8. FECHA DE NACIMIENTO: 03/05/1964 9. CLAVE DE EDAD: 3 Edad cumplida: 51 - AÑOS
9.1 Folio del Cert. de Nac.: 000000000 10. ESTADO CONYUGAL: 5 - CASADO (A)
11. RESIDENCIA HABITUAL:
11.1 Calle y número: AMAPOLAS 137 11.4 Municipio: 049 - VILLA DE RAMOS
11.5 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI 11.2 Colonia: NO ESPECIFICADO
11.3 Localidad: 0045 - SAN PABLO
12. ESCOLARIDAD: 03 - PRIMARIA COMPLETA
13. OCUPACIÓN HABITUAL: 03 - NO REMUNERADO - AMA DE CASA 13.1 Trabajaba: 2 - NO
14. AFILIACIÓN 1: 07 - SEGURO POPULAR 14.1 Número de afiliación: 2403034870
14.2 Afiliación 2: 88 - NO APLICA

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: AMAPOLAS 137
16.5 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI 16.4 Municipio 049 - VILLA DE RAMOS
16.3 Localidad: 0045 - SAN PABLO 16.2 Colonia: NO ESPECIFICADO
16.6 Jurisdicción: 03 - SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ 17. FECHA DE DEFUNCIÓN: 18/11/2015 17.1 Hora: 10:15
18. TUVO ATENCIÓN MÉDICA: 1 - SI 19. SE LE REALIZÓ NECROPSIA: 2 - NO

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:

Descripción
I a) ENCEFALOPATIA HEPATICA GRADO IV
-
I b) INSUFICIENCIA HEPATICA AGUDA
-
I c) CIRROSIS HEPATICA NO ALCOHOLICA
-
I d) DIABETES MELLITUS TIPO 2
-
II 1)
-
II 1)
-

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

1	13 - DIAS	Causa	K729
1	13 - DIAS	Causa	K720
3	3 - AÑOS	Causa	K746
3	6 - AÑOS	Causa	E119
-	-	Causa	-
-	-	Causa	-
-	-	Causa	-
-	-	Causa	-

21. CAUSA BÁSICA: E119 - DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCION DE COMPLICACION

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): MA CRUZ
Apellido paterno: RAMIREZ
Apellido materno: OSORIO
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): 02 - HIJO (A)

DEL CERTIFICANTE:

26. CERTIFICADA POR: 3 - OTRO MEDICO
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO (Número de cédula profesional): 2060296
28. NOMBRE:
Nombre(s): JOSE LEOPOLDO
Apellido paterno: ESPINO
Apellido materno: TORRES
29. TELÉFONO: 4589449026
30. DOMICILIO: PONCIANO ARRIAGA SN
31. ¿ESTÁ FIRMADO EL CERTIFICADO?: 1 - SI 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 30/11/2015

DEL REGISTRO CIVIL:

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO: Núm.: 88888 Libro: 88888 Acta: 88888
34. LUGAR Y FECHA DEL REGISTRO:
34.3 Entidad: 88 - NO APLICA 34.2 Municipio: 888 - NO APLICA
34.1 Localidad: 8888 - NO APLICA 34.4 Fecha de registro: 88/88/8888