

Secretaría de Salud

Impresión de la información contenida en el Certificado de Defunción FOLIO: 150679034 FOLIO DE CONTROL: J10003786

DEL FALLECIDO(A)

1. Nombre del fallecido(a):
Nombre(s): ANASTASIA
Apellido paterno: ALVARADO
Apellido materno: RUIZ
2. CURP: NO ESPECIFICADO 3. SEXO: 2 - MUJER 4. NACIONALIDAD: 1 - MEXICANA
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: 2 - NO 6. PESO: 70 (Kgs.) 0 (Gms.)
7. TALLA: 1 (Mts.) 51 (Cms.) 8. FECHA DE NACIMIENTO: 15/04/1966 9. CLAVE DE EDAD: 3 Edad cumplida: 49 - AÑOS
9.1 Folio del Cert. de Nac.: 000000000 10. ESTADO CONYUGAL: 4 - EN UNION LIBRE
11. RESIDENCIA HABITUAL:
11.1 Calle y número: XOCHIMILCO 4
11.5 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI 11.4 Municipio: 055 - ZARAGOZA
11.3 Localidad: 0021 - CERRO GORDO 11.2 Colonia: NO ESPECIFICADO
12. ESCOLARIDAD: 01 - NINGUNA
13. OCUPACIÓN HABITUAL: 03 - NO REMUNERADO - AMA DE CASA 13.1 Trabaja: 9 - SE IGNORA
14. AFILIACIÓN 1: 01 - NINGUNA 14.1 Número de afiliación: NO APLICA
14.2. Afiliación 2: 00 - N.E.

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA: 09 - UNIDAD MEDICA PRIVADA
15.2 CLUES: 9999 - NO ESPECIFICADO
15.1 Unidad médica: NO ESPECIFICADO
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN:
16.1 Calle y número: BLVR. QUINTIN RODRIGUEZ 10
16.5 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI 16.4 Municipio: 028 - SAN LUIS POTOSI
16.3 Localidad: 0264 - LA PILA 16.2 Colonia: NO ESPECIFICADO
16.6 Jurisdicción: 01 - SAN LUIS POTOSI 17. FECHA DE DEFUNCIÓN: 15/08/2015 17.1 Hora: 08:00
18. TUVO ATENCIÓN MÉDICA: 9 - SE IGNORA 19. SE LE REALIZÓ NECROPSIA: 2 - NO

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:		Intervalo aproximado entre el inicio de la		Causa
Descripción		enfermedad y la muerte		
I a)	PARO CARDIORESPIRATORIO	9	999 - SE IGNORA	I469
-	-	-	-	-
I b)	INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	9	999 - SE IGNORA	I219
-	-	-	-	-
I c)	ARRITMIA ARRITMICA	9	999 - SE IGNORA	I499
-	-	-	-	-
I d)	-	-	-	-
-	-	-	-	-
II 1)	-	-	-	-
-	-	-	-	-
II 1)	-	-	-	-
-	-	-	-	-

21. CAUSA BÁSICA: I219 - INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION

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
23.7.5 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): MARIA CARMELA
Apellido paterno: LOPEZ
Apellido materno: ALVARADO
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): 02 - HIJO(A)

DEL CERTIFICANTE:

26. CERTIFICADA POR: 1 - MEDICO TRATANTE
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO (Número de cédula profesional): 4732209
28. NOMBRE:
Nombre(s): CARLOS DAVID
Apellido paterno: DE LA ROSA
Apellido materno: CASTILLO
29. TELÉFONO: 7998312
30. DOMICILIO: BLVRD. QUINTA RODRIGUEZ 10 LA PILA
31. ¿ESTÁ FIRMADO EL CERTIFICADO?: 1 - SI 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 15/08/2015

DEL REGISTRO CIVIL:

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm.: 00005 Libro: 00005 Acta: 02633
34. LUGAR Y FECHA DEL REGISTRO:
34.3 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI 34.2 Municipio: 028 - SAN LUIS POTOSI
34.1 Localidad: 0001 - SAN LUIS POTOSI 34.4 Fecha de registro: 16/08/2015