

# Secretaría de Salud

Impresión de la información contenida en el Certificado de Defunción FOLIO: 150679490 FOLIO DE CONTROL: J10003619

## DEL FALLECIDO(A)

1. Nombre del fallecido(a):

Nombre(s): JOSE FEDERICO

Apellido paterno: REYES

Apellido materno: REYES

2. CURP: NO ESPECIFICADO

3. SEXO: 1 - HOMBRE

4. NACIONALIDAD: 1 - MEXICANA

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: 0 - NO APLICA

6. PESO: 9 (Kgs.) 0 (Gms.)

7. TALLA: 9 (Mts.) 99 (Cms.)

8. FECHA DE NACIMIENTO: 23/05/2014

9. CLAVE DE EDAD: 3

10. ESTADO CONYUGAL: 8 - NO APLICA

11. RESIDENCIA HABITUAL:

11.1 Calle y número: MEXICO NO. 86

11.5 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI

11.3 Localidad: 0001 - TAMAZUNCHALE

12. ESCOLARIDAD: 88 - NO APLICA

13. OCUPACIÓN HABITUAL: 88 - NO APLICA

14. AFILIACIÓN 1: 07 - SEGURO POPULAR

14.2. Afiliación 2: 88 - NO APLICA

11.4 Municipio: 037 - TAMAZUNCHALE

11.2 Colonia: EJIDO SANTIAGO

13.1 Trabajaba: 8 - NO APLICA

14.1 Número de afiliación: NO ESPECIFICADO

## DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA: 01 - SECRETARIA DE SALUD

15.2 CLUES: SPSSA001102 - HOSPITAL CENTRAL DR. IGNACIO MORONES PRIETO

15.1 Unidad médica: HOSPITAL CENTRAL DR. IGNACIO MORONES PRIETO

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN:

16.1 Calle y número: VENUSTIANO CARRANZA CIUDAD 2395

16.5 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI

16.4 Municipio 028 - SAN LUIS POTOSI

16.3 Localidad: 0001 - SAN LUIS POTOSI

16.2 Colonia: NO ESPECIFICADO

16.6 Jurisdicción: 01 - SAN LUIS POTOSI

17. FECHA DE DEFUNCIÓN: 31/07/2015

17.1 Hora: 12:30

18. TUVO ATENCIÓN MÉDICA: 1 - SI

19. SE LE REALIZÓ NECROPSIA: 2 - NO

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:

Descripción

I a) CHOQUE SEPTICO

-

I b) NEUMONIA

-

I c) APLASIA MEDULAR

-

I d) -

II 1) -

II 1) -

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

9 999 - SE IGNORA

R572

- -

-

9 999 - SE IGNORA

J189

- -

-

9 999 - SE IGNORA

Q878

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

21. CAUSA BÁSICA: Q878 - OTROS SÍNDROMES DE MALFORMACIONES CONGENITAS ESPECIFICADOS, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE

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 - 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

## 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 donde ocurrió la lesión:

23.7.1 Calle y número: NO APLICA

23.7.5 Entidad: 88 - NO APLICA

23.7.3 Localidad: 8888 - NO APLICA

23.7.4 Municipio: 888 - NO APLICA

23.7.2 Colonia: NO APLICA

## DEL INFORMANTE

24. NOMBRE:

Nombre(s): MARIBEL

Apellido paterno: REYES

Apellido materno: PORFIRIO

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): 00 - N.E.

## DEL CERTIFICANTE:

26. CERTIFICADA POR: 3 - OTRO MEDICO

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO (Número de cédula profesional): 7454038

28. NOMBRE:

Nombre(s): LUPITA MAGDALENA

Apellido paterno: GARCIA

Apellido materno: DUENAS

29. TELÉFONO: 9999999999

30. DOMICILIO: AV. VENUSTIANO CARRANZA NO. 2395

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

## DEL REGISTRO CIVIL:

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

Núm.: 00005

Libro: 00005

Acta: 02454

34. LUGAR Y FECHA DEL REGISTRO:

34.3 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI

34.1 Localidad: 0001 - SAN LUIS POTOSI

34.2 Municipio: 028 - SAN LUIS POTOSI

34.4 Fecha de registro: 31/07/2015