

Secretaría de Salud

Impresión de la información contenida en el Certificado de Defunción FOLIO: 150680488

FOLIO DE CONTROL: J10003633

DEL FALLECIDO(A)

1. Nombre del fallecido(a):
Nombre(s): MA. ELENA
Apellido paterno: TORRES
Apellido materno: CELESTINO
2. CURP: NO ESPECIFICADO 3. SEXO: 2 - MUJER 4. NACIONALIDAD: 1 - MEXICANA
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: 2 - NO 6. PESO: 999 (Kgs.) 999 (Gms.)
7. TALLA: 9 (Mts.) 99 (Cms.) 8. FECHA DE NACIMIENTO: 15/04/1968 9. CLAVE DE EDAD: 3 Edad cumplida: 47 - AÑOS
9.1 Folio del Cert. de Nac.: 000000000 10. ESTADO CONYUGAL: 1 - SOLTERO (A)
11. RESIDENCIA HABITUAL:
11.1 Calle y número: MANUEL JOSE OTHON NO. 14
11.5 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI 11.4 Municipio: 025 - SALINAS
11.3 Localidad: 0001 - SALINAS DE HIDALGO 11.2 Colonia: LA JOYA
12. ESCOLARIDAD: 02 - PRIMARIA INCOMPLETA
13. OCUPACIÓN HABITUAL: 02 - NO OCUPADOS
14. AFILIACIÓN 1: 07 - SEGURO POPULAR 13.1 Trabajaba: 2 - NO
14.2. Afiliación 2: 88 - NO APLICA 14.1 Número de afiliación: 2406319158

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: 01/08/2015 17.1 Hora: 22:15
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) EVC ISQUEMICO	-	-	I 678
I b) -	-	-	-
I c) -	-	-	-
I d) -	-	-	-
II 1) -	-	-	-
II 1) -	-	-	-
II 1) -	-	-	-

21. CAUSA BÁSICA: I 678 - OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES ESPECIFICADAS

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: 5 - NO ESTUVO EMBARAZADA EN LOS ULTIMOS 11 MESES PREVIOS A LA MUERTE
22.2 Complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio: 2 - NO
22.3 Complicaron el embarazo, parto o puerperio: 2 - NO

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): AMALIA
Apellido paterno: PALACIOS
Apellido materno: CELESTINO
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): 7951637
28. NOMBRE:
Nombre(s): EMMANUEL
Apellido paterno: MEDINA
Apellido materno: PRADO
29. TELÉFONO: 9999999999
30. DOMICILIO: AV. VENUSTIANO CARRANZA NO. 2395
31. ¿ESTÁ FIRMADO EL CERTIFICADO?: 1 - SI 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 01/08/2015

DEL REGISTRO CIVIL:

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm.: 00005 Libro: 00005 Acta: 02471
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: 02/08/2015