

# Secretaría de Salud

Impresión de la información contenida en el Certificado de Defunción FOLIO: 150680550 FOLIO DE CONTROL: J10004166

## DEL FALLECIDO(A)

1. Nombre del fallecido(a):

Nombre(s): ERASMO

Apellido paterno: RAMIREZ

Apellido materno: SANTILLAN

2. CURP: NO ESPECIFICADO

3. SEXO: 1 - HOMBRE

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: 25/11/1940

9. CLAVE DE EDAD: 3

Edad cumplida: 74 - AÑOS

9.1 Folio del Cert. de Nac.: 000000000

10. ESTADO CONYUGAL: 9 - SE IGNORA

11. RESIDENCIA HABITUAL:

11.1 Calle y número: NOGAL NO. 4

11.5 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI

11.4 Municipio: 050 - VILLA DE REYES

11.3 Localidad: 0001 - VILLA DE REYES

11.2 Colonia: SAN LORENZO

12. ESCOLARIDAD: 99 - SE IGNORA

13. OCUPACIÓN HABITUAL: 99 - OTROS TRAB. CON OCUP. NO CLAS. ANT., INSUF. ESP.

13.1 Trabajaba: 9 - SE IGNORA

14. AFILIACIÓN 1: 07 - SEGURO POPULAR

14.1 Número de afiliación: NO ESPECIFICADO

14.2. Afiliación 2: 88 - NO APLICA

## 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: 04/09/2015

17.1 Hora: 13:12

18. TUVO ATENCIÓN MÉDICA: 2 - NO

19. SE LE REALIZÓ NECROPSIA: 2 - NO

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:

Descripción

I a) CHOQUE NEUROGENICO

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

9 999 - SE IGNORA

Causa

R578

I b) FALLA ORGANICA MULTIPLE

9 999 - SE IGNORA

R688

I c) EVC ISQUEMICO

9 999 - SE IGNORA

I678

I d) MENINGITIS BACTERIANA

9 999 - SE IGNORA

G009

II 1) -

-

-

II 1) -

-

-

21. CAUSA BÁSICA: I678 - 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: 8 - 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 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): BENIGNO

Apellido paterno: RAMIREZ

Apellido materno: MAYA

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): 8853374

28. NOMBRE:

Nombre(s): EMMANUEL

Apellido paterno: ALMANZA

Apellido materno: HUANTE

29. TELÉFONO: 999999999

30. DOMICILIO: AV. VENUSTIANO CARRANZA NO. 2395

31. ¿ESTÁ FIRMADO EL CERTIFICADO?: 1 - SI

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 04/09/2015

## DEL REGISTRO CIVIL:

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

Núm.: 00005

Libro: 00005

Acta: 02874

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: 04/09/2015