

Secretaría de Salud

Impresión de la información contenida en el Certificado de Defunción FOLIO: 150685537

FOLIO DE CONTROL: 000000850

DEL FALLECIDO(A)

1. Nombre del fallecido(a):

Nombre(s): PACIANO

Apellido paterno: GARCIA

Apellido materno: MORALES

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: 09/03/1972

9. CLAVE DE EDAD: 3 Edad cumplida: 43 - ANOS

9.1 Folio del Cert de Nac 000000000

10. ESTADO CONYUGAL: 5 - CASADO(A)

11. RESIDENCIA HABITUAL:

11.1 Calle y número: PRIVADA 1

11.5 Entidad 24 - SAN LUIS POTOSI

11.4 Municipio: 021 - MEXQUITIC DE CARMONA

11.3 Localidad: 0105 - POLLITOS

11.2 Colonia: CONSTITUCION NORTE

12. ESCOLARIDAD: 02 - PRIMARIA INCOMPLETA

13. OCUPACIÓN HABITUAL: 41 - TRAB. ACT. AGRIC., GANAD., SILVIC. Y CAZA Y PESC.

13.1 Trabajaba 1 - SI

14. AFILIACIÓN: 99 - SE IGNORA

14.1 Número de afiliación: NO APLICA

14.2 Afiliación: 00 - N.E.

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: PRIVADA 1

16.5 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI

16.4 Municipio: 021 - MEXQUITIC DE CARMONA

16.3 Localidad: 0105 - POLLITOS

16.2 Colonia: CONSTITUCION NORTE

16.6 Jurisdicción: 03 - SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ

17. FECHA DE DEFUNCIÓN: 26/12/2015

17.1 Hora: 10:30

18. TUVO ATENCIÓN MÉDICA: 1 - SI

19. SE LE REALIZÓ NECROPSIA: 2 - NO

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:

Descripción

I a) MENINGITIS BACTERIANA

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

9 999 - SE IGNORA

Causa

GU09

I b) -

- -

-

I c) -

- -

-

I d) -

- -

-

II 1) DIABETES MELLITUS

3 3 - ANOS

E149

II 1) -

- -

-

21. CAUSA BÁSICA: GU09 - MENINGITIS BACTERIANA, NO ESPECIFICADA

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 numero: 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): J. TRINIDAD

Apellido paterno: MARTINEZ

Apellido materno: MARTINEZ

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): 12 - NO TIENE PARENTESCO

DEL CERTIFICANTE:

26. CERTIFICADA POR: 3 - OTRO MEDICO

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO (Número de cédula profesional): 4836617

28. NOMBRE:

Nombre(s): MIGUEL ANGEL

Apellido paterno: FLOREZ

Apellido materno: VAZQUEZ

29. TELÉFONO: 8115755

30. DOMICILIO: AV. VENUSTIANO CARRANZA 2395

31. ¿ESTÁ FIRMADO EL CERTIFICADO? 1 - SI

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 26/12/2015

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:

34.2 Municipio: 888 - NO APLICA

34.1 Localidad: 8888 - NO APLICA

34.4 Fecha de registro: 88/88/8888