

# Secretaría de Salud

Impresión de la información contenida en el Certificado de Defunción FOLIO: 66061234567890 FOLIO DE CONTROL: 2345678901234567890

## DEL FALLECIDO(A)

1. Nombre del fallecido(a):

Nombre(s): ARANZA YAMILETH

Apellido paterno: FLORES

Apellido materno: FERRER

2. CURP: POFAT41031MSPRRAZ

3. SEXO: 2 - MUJER

4. NACIONALIDAD: MEXICANA

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: 8 - NO APLICA

6. PESO: 60 (Kgs.)

7. TALLA: 0 (Mts.) 79 (Cms.)

8. FECHA DE NACIMIENTO: 31/10/2014

9. CLAVE DE EDAD: 8

Edad cumplida: 0 AÑOS

9.1 Folio del Cert. de Nac.: 8888888888

10. ESTADO CONYUGAL: 8

11. RESIDENCIA HABITUAL:

11.1 Calle y número: CARRANZA 13

11.5 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI

11.4 Municipio:

11.3 Localidad: 0001 - LA VERBENA

11.2 Colonia:

12. ESCOLARIDAD: 88 - NO APLICA

13. OCUPACIÓN HABITUAL: 88 - NO APLICA

14. AFILIACIÓN 1: 07 - SEGURO POPULAR

13.1 Trabajaba: 8

14.2. Afiliación 2: 88 - NO APLICA

14.1 Número de afiliación: 8

## DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA: 01 - SECRETARIA DE SALUD

15.2 CLUES: SPSSAU01102 - HOSPITAL CENTRAL DR. IGNACIO ORÓZCO

15.1 Unidad médica: HOSPITAL CENTRAL DR. IGNACIO ORÓZCO EN PLATO

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN:

16.1 Calle y número: VENUSTIANO CARRANZA CIUDADEZ 239

16.5 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI

16.4 Municipio:

16.3 Localidad: 0001 - SAN LUIS POTOSI

16.2 Colonia:

16.6 Jurisdicción: 01 - SAN LUIS POTOSI

17. FECHA DE DEFUNCIÓN:

17.1 Hora:

18. TUVO ATENCIÓN MÉDICA: 1 - SI

19. SE LE REALIZÓ NECROPSIA:

17.2 Hora:

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:

Descripción:

I a) NEUMONIA COMPLICADA

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Causa

I b) NEUMOTORAX BILATERAL

I c) ESTADO EPILEPTICO

I d) SINDROME DE OHTAHARA

II 1)

II 1)

21. CAUSA BÁSICA: G404 - OTRAS EPILEPSIAS Y SÍNDROMES EPILEPTICOS

Caso rectificado: NO

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

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: 88 - NO APLICA

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): 8 - NO APLICA

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 8 - NO APLICA

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión:

NO APLICA

23.7 Solo en caso de accidente, domicilio donde ocurrió la lesión:

23.7.1 Calle y número: NO APLICA

23.7.4 Municipio:

23.7.5 Entidad: 88 - NO APLICA

23.7.2 Colonia:

## DEL INFORMANTE

24. NOMBRE:

Nombre(s): ALMA ROSARIO

Apellido paterno: FERRER

Apellido materno: MARTINEZ

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): 01 - MADRE

## DEL CERTIFICANTE:

26. CERTIFICADA POR: 3 - OTRO MEDICO

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO (Número de cédula profesional): 202736

28. NOMBRE:

Nombre(s): ILENA GUADALUPE

Apellido paterno: DE LA TORRE

Apellido materno: RODRIGUEZ

29. TELÉFONO: 81795600

30. DOMICILIO: AV VENUSTIANO CARRANZA 2395 COL. VILLA ESPERANZA

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

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN:

## DEL REGISTRO CIVIL:

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

Núm.: 00000000000000000000

Libro: 00000000000000000000

Acta: 00000000000000000000

34. LUGAR Y FECHA DEL REGISTRO:

34.3 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI

34.2 Municipio:

34.1 Localidad: 0001 - SAN LUIS POTOSI

34.4 Fecha de registro: