

# Secretaría de Salud

Impresión de la información contenida en el Certificado de Defunción FOLIO: 160618993

FOLIO DE CONTROL: HBCX00000

## DEL FALLECIDO(A)

1. Nombre del fallecido(a):

Nombre(s): J. CONSEPCION

Apellido paterno: CRUZ

Apellido materno: GONZALEZ

2. CURP: CUGC781208HSPRNN07

3. SEXO: 1 - HOMBRE

4. NACIONALIDAD: 1 - MEXICANA

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?: 2 - NO

6. PESO: 999 (Kgs.)

7. TALLA: 99 (Cms.)

8. FECHA DE NACIMIENTO: 08/12/1978

9. CLAVE DE EDAD: 3

Edad cumplida: 37 - ANOS

9.1 Folio del Cert. de Nac.: 00000000

10. ESTADO CONYUGAL: 1 - SOLTERO (A)

11. RESIDENCIA HABITUAL:

11.1 Calle y número: CERRO QUEBRADO S/N

11.5 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI

11.3 Localidad: 0181 - CERRO QUEBRADO

12. ESCOLARIDAD: 03 - PRIMARIA COMPLETA

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

13.1 Trabajaba: 2 - NO

14. AFILIACIÓN 1:07 - SEGURO POPULAR

14.2 . Afiliación 2: 88 - NO APLICA

14.1 Número de afiliación: NO ESPECIFICADO

## DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA: 10 - VIA PUBLICA

15.2 CLUES: 9997 - NO APLICA

15.1 Unidad médica: NO APLICA

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN:

16.1 Calle y número: DOMICILIO CONOCIDO

16.5 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI

16.4 Municipio 000 - N.E.

16.3 Localidad: 0000 - N.E.

16.6 Jurisdicción: 00 - N.E.

18. TUVO ATENCIÓN MÉDICA: 1 - SI

19. SE LE REALIZÓ NECROPSIA: 2 - NO

17.1 Hora: 07:30

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:

Descripción

I a) DESNUTRICION

I b) -

I c) -

I d) -

II 1) VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA

II 1) -

21. CAUSA BÁSICA: B222 - ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN SINDROME CAQUECTICO

Caso rectificado: 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:

23.3 Fue un presunto: 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

23.7.3 Localidad: 8888 - NO APLICA

23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo: 8 - NO APLICA

23.7.4 Municipio: 888 - NO APLICA

23.7.2 Colonia: NO APLICA

## DEL INFORMANTE

24. NOMBRE:

Nombre(s): HERMILIO

Apellido paterno: CRUZ

Apellido materno: GONZALEZ

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): 9999999

28. NOMBRE:

Nombre(s): MARITZA

Apellido paterno: VERDUGO

Apellido materno: RIZK

29. TELÉFONO: 999999999

30. DOMICILIO: CARR FED SAN JUAN DEL RIO - XILITLA KM 260 SAN ANTONIO XALCUAYO

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

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 13/06/2016

## DEL REGISTRO CIVIL:

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

Núm.: 00001

Libro: 00005

Acta: 00062

34. LUGAR Y FECHA DEL REGISTRO:

34.3 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI

34.1 Localidad: 0001 - XILITLA

34.2 Municipio: 054 - XILITLA

34.4 Fecha de registro: 13/06/2016