

S_o
a de Salud

Imp. la información contenida en el Certificado de Defunción FOLIO: 160619365 FOLIO DE CONTROL: JUR600771

DEL FALLECIDO(A)

1. Nombre del fallecido(a): **JOSE IGNACIO**
 Nombre(s): **JOSE IGNACIO**
 Apellido paterno: **ANTONIO**
 Apellido materno: **NO ESPECIFICADO**
 CURP: **A0XI391215HSPNXG09** 3. SEXO: **1 - HOMBRE** 4. NACIONALIDAD: **1 - MEXICANA**
 5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: **1 - SI** 6. PESO: **37 (Kgs.)** 0 (Gms.)
 7. TALLA: **1 (Mts.)** 65 (Cms.) 8. FECHA DE NACIMIENTO: **15/12/1939** 9. CLAVE DE EDAD: **3** Edad cumplida: **76 - ANOS**
 9.1 Folio del Cert. de Nac.: **00000000** 10. ESTADO CONYUGAL: **5 - CASADO (A)**
 11. RESIDENCIA HABITUAL:
 11.1 Calle y número: **BALTAZAR ORTIZ 26** 11.4 Municipio: **057 - MATLAPA**
 11.5 Entidad: **24 - SAN LUIS POTOSI** 11.2 Colonia: **BARRIO TLAMAYA**
 11.3 Localidad: **0084 - TLAMAYA**
 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** 14.1 Número de afiliación: **2414174480-2**
 14.2 . Afiliación 2: **88 - NO APLICA**

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: **BALTAZAR ORTIZ 26** 16.4 Municipio: **057 - MATLAPA**
 16.5 Entidad: **24 - SAN LUIS POTOSI** 16.2 Colonia: **BARRIO TLAMAYA**
 16.3 Localidad: **0084 - TLAMAYA**
 16.6 Jurisdicción: **06 - TAMAZUNCHALE** 17. FECHA DE DEFUNCIÓN: **12/08/2016** 17.1 Hora: **02:00**
 18. TUVO ATENCIÓN MÉDICA: **1 - SI** 19. SE LE REALIZÓ NECROPSIA: **2 - NO**
 20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:
 Descripción Causa
 I a) **ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA** J449
 I b) -
 I c) -
 I d) -
 II 1) **TUBERCULOSIS PULMONAR** A162
 II 1) -
 21. CAUSA BÁSICA: **J449 - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, 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(a) 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** 23.7.4 Municipio: **888 - NO APLICA**
 23.7.5 Entidad: **88 -** 23.7.2 Colonia: **NO APLICA**
 23.7.3 Localidad: **8888 - NO APLICA**

DEL INFORMANTE

24. NOMBRE:
 Nombre(s): **SANTOS**
 Apellido paterno: **ANTONIO**
 Apellido materno: **FIDENCIO**
 25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): **02 - HIJO (A)**

DEL CERTIFICANTE:

26. CERTIFICADA POR: **3 - OTRO MEDICO**
 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO (Número de cédula profesional): **9939935**
 28. NOMBRE:
 Nombre(s): **NANCY ANALIZ**
 Apellido paterno: **ESPINOLA**
 Apellido materno: **PICHARDO**
 29. TELÉFONO: **5568682294**
 30. DOMICILIO: **UNIDAD MEDICA RURAL 172 NEXCUAYO MATLAPA SAN LUIS POTOSI**
 31. ¿ESTÁ FIRMADO EL CERTIFICADO?: **1 - SI** 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: **17/08/2016**

DEL REGISTRO CIVIL:

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm.: **00001** Libro: **00005** Acta: **00088**
 34. LUGAR Y FECHA DEL REGISTRO:
 34.3 Entidad: **24 - SAN LUIS POTOSI** 34.2 Municipio: **057 - MATLAPA**
 34.1 Localidad: **0001 - MATLAPA** 34.4 Fecha de registro: **18/08/2016**