

# Secretaría de Salud

Impresión de la información contenida en el Certificado de Defunción FOLIO: 160619448 FOLIO DE CONTROL: JUR600755

## DEL FALLECIDO(A)

1. Nombre del fallecido(a):

Nombre(s): GERMAN

Apellido paterno: SANCHEZ

Apellido materno: NO ESPECIFICADO

2. CURP: SAXG310619HSPNXXR02

3. SEXO: 1 - HOMBRE

4. NACIONALIDAD: 1 - MEXICANA

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

6. PESO: 45 (Kgs.)

0 (Gms.)

7. TALLA: 1 (Mts.) 70 (Cms.)

8. FECHA DE NACIMIENTO: 19/06/1931

9. CLAVE DE EDAD: 3

Edad cumplida: 85 - ANOS

9.1 Folio del Cert. de Nac.: 000000000

10. ESTADO CONYUGAL: 5 - CASADO (A)

11. RESIDENCIA HABITUAL:

11.1 Calle y número: DOMICILIO CONOCIDO

11.5 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI

11.4 Municipio: 037 - TAMAZUNCHALE

11.3 Localidad: 0003 - ACHIQUICO

11.2 Colonia: ACHIQUICO

12. ESCOLARIDAD: 02 - PRIMARIA INCOMPLETA

13. OCUPACIÓN HABITUAL: 41 - TRAB. ACT. AGRIC., GANAD., SILVIC. Y CAZA Y PESCA. 13.1 Trabajaba: 2 - NO

14. AFILIACIÓN 1: 03 - ISSSTE

14.2. Afiliación 2: 88 - NO APLICA

14.1 Número de afiliación: SARA640820/50

## 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: DOMICILIO CONOCIDO

16.5 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI

16.4 Municipio: 037 - TAMAZUNCHALE

16.3 Localidad: 0003 - ACHIQUICO

16.2 Colonia: ACHIQUICO

16.6 Jurisdicción: 06 - TAMAZUNCHALE

17. FECHA DE DEFUNCIÓN: 21/08/2016

17.1 Hora: 09:00

18. TUVO ATENCIÓN MÉDICA: 2 - NO

19. SE LE REALIZÓ NECROPSIA: 2 - NO

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:

Descripción  
I a) INSUFICIENCIA CARDIORESPIRATORIA AGUDIZADA

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

0 5 - HORAS

Causa

I509

I b) TUBERCULOSIS PULMONAR

3 6 - ANOS

A162

I c)

I d)

II 1)

II 1)

21. CAUSA BÁSICA: A162 - TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCION DE CONFIRMACION BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICA

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 -

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): GERMAN

Apellido paterno: SANCHEZ

Apellido materno: RODRIGUEZ

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): 0698518

28. NOMBRE:

Nombre(s): DR. ANSELMO

Apellido paterno: LOPEZ

Apellido materno: ANGELES

29. TELÉFONO: 4833621585

30. DOMICILIO: AV. 20 DE NOVIEMBRE NO. 206 TAMAZUNCHALE S.L.P.

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

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 21/08/2016

## DEL REGISTRO CIVIL:

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

Núm.: 00001

Libro: 00005

Acta: 00312

34. LUGAR Y FECHA DEL REGISTRO:

34.3 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI

34.2 Municipio: 037 - TAMAZUNCHALE

34.1 Localidad: 0001 - TAMAZUNCHALE

34.4 Fecha de registro: 22/08/2016