

**DEL FALLECIDO(A)**  
Nombre del fallecido(a): **IVAN**  
Apellido paterno: **CARMEN**  
Apellido materno: **VELAZCO**  
CURP: **CAVI850515HSPLRV00** 3. SEXO: 1 - HOMBRE 4. NACIONALIDAD: 1 - MEXICANA  
¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: 9 - SE IGNORA 6. PESO: 35 (Kgs.) 900 (Gms.)  
TALLA: 1 (Mts.) 65 (Cms.) 8. FECHA DE NACIMIENTO: 15/05/1985 9. CLAVE DE EDAD: 3 Edad cumplida: 31 - AÑOS  
Folio del Cert. de Nac.: 000000000 10. ESTADO CONYUGAL: 4 - EN UNION LIBRE  
RESIDENCIA HABITUAL:  
1. Calle y número: **EMILIANO ZAPATA NO. 49** 11.4 Municipio: **037 - TAMAZUNCHALE**  
2. Entidad: **24 - SAN LUIS POTOSI** 11.2 Colonia: **AXHUMOL**  
3. Localidad: **0013 - AXHUMOL**  
4. ESCOLARIDAD: **06 - BACHILLERATO O PREPARATORIA COMPLETA** 13.1 Trabajaba: 2 - NO  
5. OCUPACIÓN HABITUAL: **02 - NO OCUPADOS** 14.1 Número de afiliación: **2416161971**  
6. AFILIACIÓN 1: **07 - SEGURO POPULAR**  
7. AFILIACIÓN 2: **88 - NO APLICA**

**DE LA DEFUNCIÓN**  
5. SITIO DE OCURRENCIA: 11 - HOGAR  
6.2 CLUES: 9997 - NO APLICA  
7.1 Unidad médica: NO APLICA  
8. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN:  
9.1 Calle y número: **EMILIANO ZAPATA NO. 49** 16.4 Municipio: **037 - TAMAZUNCHALE**  
10. Entidad: **24 - SAN LUIS POTOSI** 16.2 Colonia: **AXHUMOL**  
11. Localidad: **0013 - AXHUMOL** 17. FECHA DE DEFUNCIÓN: **14/10/2016** 17.1 Hora: **17:00**  
12. Jurisdicción: **06 - TAMAZUNCHALE**  
13. SE LE REALIZÓ NECROPSIA: 2 - NO  
14. TUVO ATENCIÓN MÉDICA: 1 - SI  
15. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:  
a) Descripción  
b) **NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD**  
c) **DESNUTRICION**  
d) **TUBERCULOSIS MILIAR**  
e) **SIDA**  
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Causa  
1. 15 - DIAS J189  
2. 1 - MESES E46X  
3. 1 - MESES A199  
4. 2 - MESES B24X  
16. CAUSA BÁSICA: **B200 - ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN INFECCION POR MICOBACTERIAS**  
17. Caso rectificado: NO Bandera de vigilancia epidemiológica: NO Bandera de muerte materna: NO  
18. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS:  
19.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: 8 - NO APLICA  
19.2 Complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio: 8 - NO APLICA  
19.3 Complicaron el embarazo, parto o puerperio: 8 - NO APLICA

**MUERTES ACCIDENTALES O VIOLENTAS**  
20. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:  
21.1 Fue un presunto: 8 - NO APLICA 23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo: 8 - NO APLICA  
21.3 Sitio donde ocurrió la lesión: 88 - NO APLICA  
21.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): 88 - NO APLICA  
21.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: NO APLICA  
21.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión:  
21.7 Sólo en caso de accidente, domicilio dónde ocurrió la lesión:  
21.7.1 Calle y número: NO APLICA 23.7.4 Municipio: 888 - NO APLICA  
21.7.2 Entidad: 88 - NO APLICA 23.7.2 Colonia: NO APLICA  
21.7.3 Localidad: 8888 - NO APLICA

**DEL INFORMANTE**  
22. NOMBRE:  
23. Nombre(s): **JOSE**  
24. Apellido paterno: **CARMEN**  
25. Apellido materno: **FRANCISCO**  
26. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): **04 - MADRE O PADRE**

**DEL CERTIFICANTE**  
27. CERTIFICADA POR: 3 - OTRO MEDICO  
28. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO (Número de cédula profesional): **4599235**  
29. NOMBRE:  
30. Nombre(s): **ELIZABETH**  
31. Apellido paterno: **ARTSAGA**  
32. Apellido materno: **RUBIO**  
33. TELÉFONO: **9999999999**  
34. DOMICILIO: **EMILIANO ZAPATA NO. 96 AXHUMOL TAMAZUNCHALE S.L.P.**  
35. ¿ESTÁ FIRMADO EL CERTIFICADO?: 1 - SI 36. FECHA DE CERTIFICACIÓN: **17/10/2016**

**DEL REGISTRO CIVIL**  
37. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO:  
38. LUGAR Y FECHA DEL REGISTRO:  
39.3 Entidad: **24 - SAN LUIS POTOSI** 40.2 Municipio: **037 - TAMAZUNCHALE**  
40.1 Localidad: **0013 - TAMAZUNCHALE** 40.4 Fecha de registro: **25/10/2016**