

Secretaría de Salud

Impresión de la información contenida en el Certificado de Defunción FOLIO: 170641198 FOLIO DE CONTROL: J10002140

DEL FALLECIDO(A)		
1. NOMBRE DEL FALLECIDO (A) PRIMITIVO	HERNANDEZ	HERNANDEZ
Nombre(s):	Apellido paterno:	Apellido materno:
2. FECHA DE NACIMIENTO: 02/06/1967	3. SEXO: 1 - HOMBRE	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: 30 - VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE
5. CURP: HEHP670602HVZRRR03	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: 2 - NO	7. NACIONALIDAD: 1 - MEXICANA
8. EDAD CUMPLIDA: CLAVE EDAD 3 - AÑOS	EDAD: 49 - AÑOS	Para menores de 28 días: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 00000E00000000
8.2 Semanas de gestación: 88	9. ESTADO CONYUGAL: 1 - SOLTERO(A)	
10. RESIDENCIA HABITUAL: 10.1 Tipo de vialidad: 05 - CALLE	10.2 Nombre de la vialidad: RAFAEL HERNANDEZ	10.3 Núm. exterior: S/N
10.4 Núm. interior:	10.5 Tipo de asentamiento: 27 - RANCHERIA	10.6 Nombre del asentamiento: POTRERO HORCON
10.8 Localidad: 0010 - POTRERO HORCON	10.9 Municipio: 161 - TEMPOAL	10.10 Entidad: 30 - VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE
11. ESCOLARIDAD: 02 - PRIMARIA INCOMPLETA	12. OCUPACIÓN HABITUAL: 41 - TRAB. ACT. AGRIC., GANAD., SILVIC. Y CAZA Y PESC.	
12.1 Trabajaba: 1 - SI	13. AFILIACIÓN: 02 - IMSS	13.1 Número de afiliación: 06166752300

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DE OCURRENCIA: 01 - SECRETARIA DE SALUD	14.2 CLUES: SPSSA017313 - HOSPITAL GENERAL DE SOLEDAD DE GRACIANO SÁNCHEZ		
14.1 Unidad médica: HOSPITAL GENERAL DE SOLEDAD DE GRACIANO SÁNCHEZ			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: 15.1 Tipo de vialidad: 05 - CALLE	15.2 Nombre de la vialidad: PROLONGACION VALENTIN AMADOR ESQUINA DE L		
15.3 Núm. exterior: 1112	15.4 Núm. interior: 15.5 Tipo de asentamiento: 07 - COLONIA	15.6 Nombre del asentamiento: RIVAS GUILLEN	
15.7 Código postal: 78346	15.8 Localidad: 0001 - SOLEDAD DE GRACIANO SÁN	15.9 Municipio: 035 - SOLEDAD DE GRACIANO SÁNCHE	15.10 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI
15.11 Jurisdicción: 01 - SAN LUIS POTOSÍ	16. FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN: 10/04/2017 19:20		
17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA: 1 - SI	18. SE LE REALIZÓ NECROPSIA: 2 - NO		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:			
Descripción	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Causa	
I a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	4 20 - MINUTOS	J960	
I b) NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	1 3 - DIAS	J189	
I c) INTOXICACION DE ORGANO FOSFORADOS SEVERA	1 5 - DIAS	T600	
I d) -	- -	-	
II 1) -	- -	-	
II 1) -	- -	-	
20. CAUSA BÁSICA: X489 - ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL POR, Y EXPOSICION A PLAGUICIDAS, LUGAR NO ESPECIFICADO			
Caso rectificado: 0	Bandera de vigilancia epidemiológica: 0	Bandera de muerte materna: 0	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS:			
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: 8 - NO APLICA			
21.2 Complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio: 8 - NO APLICA			
21.3 Complicaron el embarazo, parto o puerperio: 8 - NO APLICA			

MUERTES ACCIDENTALES O VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:		
22.1 Fue un presunto: 8 - NO APLICA	22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo: 8 - NO APLICA	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: 88 - NO APLICA
22.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto 88 - NO APLICA	22.5 La defunción fue registrada en el NO APLICA	Ministerio Público con el acta número:
agresor con el(la) fallecido(a):		
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: NO APLICA		
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del del presunto accidente, homicidio o suicidio:		
22.7.1 Tipo de vialidad: 00 - CALLE	22.7.2 Nombre de la vialidad: NO APLICA	
22.7.3 Núm. exterior: NO APLICA	22.7.4 Núm. interior: NO APLICA	22.7.5 Tipo de asentamiento: 00 - COLONIA
22.7.6 Nombre del asentamiento: NO APLICA	22.7.7 Código postal: 00000	
22.7.3 Localidad: 8888 - NO APLICA	22.7.4 Municipio: 888 - NO APLICA	22.7.5 Entidad: 88 - NO APLICA

DEL INFORMANTE

23. NOMBRE: ADRIAN	HERNANDEZ	DEL ANGEL
Nombre(s):	Apellido paterno:	Apellido materno:
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): 04 - MADRE O PADRE		

DEL CERTIFICANTE:

25. CERTIFICADA POR: 3 - OTRO MEDICO	25.1. Especifique: NO ESPECIFICADO	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO (Número de cédula profesional 5004562	27. ¿ESTÁ FIRMADO EL CERTIFICADO?: 1 - SI	
28. NOMBRE: JOSE DANIEL	ROBLES	GONZALEZ
Nombre(s):	Apellido paterno:	Apellido materno:
29. DOMICILIO Y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vialidad: 05 - CALLE	29.2 Nombre de la vialidad: PROLONGACION VALENTIN AMADOR ESQUINA DE LA FLOR C	
29.3 Núm. exterior: 1112	29.4 Núm. interior: 29.5 Tipo de asentamiento: 07 - COLONIA	29.6 Nombre del asentamiento: NO ESPECIFICADO
29.7 Código postal: 78346	29.8 Localidad: 0001 - SOLEDAD DE GRACIANO SÁNCHEZ	29.9 Municipio: 035 - SOLEDAD DE GRACIANO SÁNCHEZ
29.10 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI	29.11 TELÉFONO: 8268100	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 11/04/2017

DEL REGISTRO CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO:	Núm.: 88888	Libro: 88888	Acta: 88888
32. LUGAR Y FECHA DEL REGISTRO:			
32.1 Localidad: 0001 -	32.2 Municipio: 028 -		
32.3 Entidad: 88 - NO APLICA	32.4 Fecha de registro: 12/04/2017		