

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
	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:	HEHP670602HVZR03	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
10.7 Código postal:	99999	
10.8 Localidad:	0010 - POTRERO HORCÓN	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 PESCA.	
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 SANCHEZ	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN:	15.1 Tipo de vialidad: 05 - CALLE	15.2 Nombre de la vialidad: PROLONGACION VALENTIN AMADOR ESQUINA DE LA FLOR DE CAJON
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 SÁNCHEZ
15.9 Municipio:	035 - SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ	15.10 Entidad:24 - SAN LUIS POTOSI
15.11 Jurisdicción:	01 - SAN LUIS POTOSI	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 agresor con el(la) fallecido(a):	88 - NO APLICA	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:
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 dónde 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
22.7.8 Localidad:	8888 - NO APLICA	22.7.9 Municipio: 888 - NO APLICA
22.7.10 Entidad:	88 - NO APLICA	

DEL INFORMANTE		
23. NOMBRE:	ADRIAN	HERNANDEZ
	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
	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 DE CAJON
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 SANCHEZ	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