

Secretaría de Salud

Impresión de la información contenida en el Certificado de Defunción FOLIO: 170651816 FOLIO DE CONTROL: 00DIC-044

DEL FALLECIDO(A)			
1. NOMBRE DEL FALLECIDO (A)	KIMBERLY YAMILETH MUÑOZ	PALOMO	
	Nombre(s):	Apellido paterno:	Apellido materno:
2. FECHA DE NACIMIENTO:	25/10/2017	3. SEXO: 2 - MUJER	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: 24 - SAN LUIS POTOSI
5. CURP: NO ESPECIFICADO	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? 2 - NO	7. NACIONALIDAD: 1 - MEXICANA	
8. EDAD CUMPLIDA: CLAVE EDAD 2 - MESES	EDAD: 1 - MESES	Para menores de 28 días: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 88888888	
8.2 Semanas de gestación: 88	9. ESTADO CONYUGAL: 8 - NO APLICA		
10. RESIDENCIA HABITUAL: 10.1 Tipo de vialidad: 05 - CALLE	10.2 Nombre de la vialidad: PORFIRIO DIAZ	10.3 Núm. exterior: S/N	
10.4 Núm. interior:	10.5 Tipo de asentamiento: 00 - N/A	10.6 Nombre del asentamiento: PUENTE DEL CARMEN	10.7 Código postal: 79610
10.8 Localidad: 0001 - RIOVERDE	10.9 Municipio: 024 - RIOVERDE	10.10 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI	
11. ESCOLARIDAD: 01 - NINGUNA	12. OCUPACIÓN HABITUAL: 88 - NO APLICA		
12.1 Trabajaba: 8 - NO APLICA	13. AFILIACIÓN: 07 - SEGURO POPULAR	13.1 Número de afiliación: 2409781318-7	

DE LA DEFUNCIÓN			
14. SITIO DE OCURRENCIA: 11 - HOGAR	14.2 CLUES: 9997 - NO APLICA		
14.1 Unidad médica: NO APLICA			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: 15.1 Tipo de vialidad: 05 - CALLE	15.2 Nombre de la vialidad: PORFIRIO DIAZ		
15.3 Núm. exterior: S/N	15.4 Núm. interior:	15.5 Tipo de asentamiento: 00 - N/A	15.6 Nombre del asentamiento: PUENTE DEL CARMEN
15.7 Código postal: 79610	15.8 Localidad: 0001 - RIOVERDE	15.9 Municipio: 024 - RIOVERDE	15.10 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI
15.11 Jurisdicción: 04 - RIOVERDE	16. FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN: 12/12/2017 07:50		
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 10 - MINUTOS	J960	
I b) NEUMONIA	1 1 - DIAS	J189	
I c) -	- -	-	
I d) -	- -	-	
II 1) -	- -	-	
II 1) -	- -	-	
20. CAUSA BÁSICA: J189 - NEUMONIA, NO ESPECIFICADA			
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):	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 - N/A	
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: VICTOR MUÑOZ	JUAREZ		
	Nombre(s):	Apellido paterno:	Apellido materno:
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): 04 - MADRE O PADRE			

DEL CERTIFICANTE:			
25. CERTIFICADA POR: 2 - MEDICO LEGISTA	25.1 Especifique: NO APLICA		
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO (Número de cédula profesional 1792425)	27. ¿ESTÁ FIRMADO EL CERTIFICADO?: 1 - SI		
28. NOMBRE: EDUARDO ORTIZ	BALBUENA		
	Nombre(s):	Apellido paterno:	Apellido materno:
29. DOMICILIO Y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vialidad: 05 - CALLE	29.2 Nombre de la vialidad: JORGE FERRETIZ		
29.3 Núm. exterior: S/N	29.4 Núm. interior:	29.5 Tipo de asentamiento: 07 - N/A	29.6 Nombre del asentamiento: LA ILUSION
29.7 Código postal: 79660	29.8 Localidad: 0001 - RIOVERDE	29.9 Municipio: 024 - RIOVERDE	
29.10 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI	29.11 TELÉFONO: 4871011341	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 12/12/2017	

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: 8888 - NO APLICA	32.2 Municipio: 888 - NO APLICA		
32.3 Entidad: 88 - NO APLICA	32.4 Fecha de registro: 88/88/8888		