

Secretaría de Salud

Impresión de la información contenida en el Certificado de Defunción FOLIO: 170655409 FOLIO DE CONTROL: HR44----

DEL FALLECIDO(A)			
1. NOMBRE DEL FALLECIDO (A)	RECIENTE NACIDO	RUBIO	LOPEZ
Nombre(s):		Apellido paterno:	
Apellido materno:			
2. FECHA DE NACIMIENTO: 23/01/2017	3. SEXO: 1 - HOMBRE	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: 24 - SAN LUIS POTOSI	
5. CURP: NO ESPECIFICADO	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? 8 - NO APLIC	7. NACIONALIDAD: 1 - MEXICANA	
8. EDAD CUMPLIDA: CLAVE EDAD 2 - MESES	EDAD: 8 - 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: CARRETERA NACIONAL MEXICO-LAREDO	10.3 Núm. exterior: 11	
10.4 Núm. interior: SN	10.5 Tipo de asentamiento: 03 - BARRIO	10.6 Nombre del asentamiento: TEZILO	10.7 Código postal: 79960
10.8 Localidad: 0082 - TAMÁN	10.9 Municipio: 037 - TAMAZUNCHALE	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: 01 - NINGUNA	13.1 Número de afiliación: NO APLICA	

DE LA DEFUNCIÓN			
14. SITIO DE OCURRENCIA: 02 - IMSS PROSPERA	14.2 CLUES: SPIMO001461 - ZACATIPAN		
14.1 Unidad médica: ZACATIPAN			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: 15.1 Tipo de vialidad: 05 - CALLE	15.2 Nombre de la vialidad: CARRETERA SAN MARTIN KM 3		
15.3 Núm. exterior: SN	15.4 Núm. interior: SN	15.5 Tipo de asentamiento: 07 - COLONIA	15.6 Nombre del asentamiento: NO ESPECIFICADO
15.7 Código postal: 79960	15.8 Localidad: 0001 - TAMAZUNCHALE	15.9 Municipio: 037 - TAMAZUNCHALE	15.10 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI
15.11 Jurisdicción: 06 - TAMAZUNCHALE	16. FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN: 07/10/2017 23:15		
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	
1 a) NEUROINFECCION	1 1 - DIAS	G049	
1 b) NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	1 5 - DIAS	J189	
1 c) -	-	-	
1 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):	88 - NO APLICA	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: NO APLICA	
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 Añote 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		
22.7.3 Localidad: 8888 - NO APLICA	22.7.4 Municipio: 888 - NO APLICA	22.7.5 Entidad: 88 - NO APLICA	

DEL INFORMANTE			
23. NOMBRE: SAUL	HERNANDEZ	GASPAR	
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: RESIDENTE		
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO (Número de cédula profesional 09079452)	27. ¿ESTÁ FIRMADO EL CERTIFICADO?: 1 - SI		
28. NOMBRE: MONSERRAT	HERNANDEZ	VEGA	
Nombre(s):		Apellido paterno:	
Apellido materno:			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vialidad: 05 - CALLE	29.2 Nombre de la vialidad: CARRETERA SAN MARTIN KM 3		
29.3 Núm. exterior: SN	29.4 Núm. interior: SN	29.5 Tipo de asentamiento: 07 - COLONIA	29.6 Nombre del asentamiento: NO ESPECIFICADO
29.7 Código postal: 79960	29.8 Localidad: 0001 - TAMAZUNCHALE	29.9 Municipio: 037 - TAMAZUNCHALE	
29.10 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI	29.11 TELÉFONO: 3620397	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 08/10/2017	

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		