

DEL FALLECIDO(A)

1. Nombre del fallecido(a):

Nombre(s): ELVA PATRICIA

Apellido paterno: GOMEZ

Apellido materno: SANCHEZ

2. CURP: NO ESPECIFICADO

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: 2 - NO

3. SEXO: 2 - MUJER

4. NACIONALIDAD: 1 - MEXICANA

7. TALLA: 8 (Mts.) 88 (Cms.)

6. PESO: 888 (Kgs.)

888 (Gms.)

9.1 Folio del Cert. de Nac.: 00000000

8. FECHA DE NACIMIENTO: 28/04/1984

9. CLAVE DE EDAD: 3

Edad cumplida: 30 - ANOS

11. RESIDENCIA HABITUAL:

11.1 Calle y número: SANTA MATILDE 45

11.5 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI

11.3 Localidad: 0001 - SALINAS DE HIDALGO

12. ESCOLARIDAD: 03 - PRIMARIA COMPLETA

13. OCUPACIÓN HABITUAL: 03 - NO REMUNERADO - AMA DE CASA

14. AFILIACIÓN 1:01 - NINGUNA

14.2. Afiliación 2: 00 - N.E.

11.4 Municipio: 025 - SALINAS

11.2 Colonia: SANTA CRUZ

13.1 Trabajaba: 2 - NO

14.1 Número de afiliación: NO APLICA

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA: 11 - HOGAR

15.2 CLUES: 9997 - NO APLICA

15.1 Unidad médica: NO APLICA

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN:

16.1 Calle y número: SANTA MATILDE 45

16.5 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI

16.3 Localidad: 0001 - SALINAS DE HIDALGO

16.6 Jurisdicción: 03 - SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ

18. TUVO ATENCIÓN MÉDICA: 9 - SE IGNORA

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:

Descripción

I a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

-

I b) INTOXICACION POR INGESTA DE RATICIDA

-

I c) -

I d) -

II 1) -

II 1) -

II 1) -

-

21. CAUSA BÁSICA: X680 - ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR, Y EXPOSICION A PLAGUICIDAS, VIVIENDA

16.4 Municipio 025 - SALINAS

16.2 Colonia: SANTA CRUZ

17. FECHA DE DEFUNCIÓN: 19/02/2015

19. SE LE REALIZÓ NECROPSIA: 2 - NO

17.1 Hora: 20:00

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

9 999 - SE IGNORA

Causa
J960

9 999 - SE IGNORA

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

- -

-

MUERTES ACCIDENTALES O VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

23.1 Fue un presunto: 3 - SUICIDIO

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: 00 - VIVIENDA PARTICULAR

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): 88 - NO APLICA

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 0000011/2015

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión:

SUICIDIO POR INGESTA DE RATICIDA

3.7 Sólo en caso de accidente, domicilio dónde ocurrió la lesión:

3.7.1 Calle y número: NO APLICA

3.7.5 Entidad: 88 - NO APLICA

3.7.3 Localidad: 8888 - NO APLICA

EL INFORMANTE

4. NOMBRE:

Nombre(s): MARIA DE LOURDES

Apellido paterno: GOMEZ

Apellido materno: SANCHEZ

PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): 05 - HERMANO (A)

EL CERTIFICANTE:

CERTIFICADA POR: 2 - MEDICO LEGISTA

SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO (Número de cédula profesional): 1965521

NOMBRE:

Nombre(s): NORA EDITH

Apellido paterno: VARGAS

Apellido materno: PEREZ

TELÉFONO: 7994145

DOMICILIO: REP. DE POLONIA 350 SATELITE

ESTÁ FIRMADO EL CERTIFICADO: 1 - SI

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 20/02/2015

Número: 00005

Libro: 00005

Acta: 00675

Reservación de este documento se realiza para fines epidemiológicos y no es sustituto en ningún caso del Certificado de Defunción.
 Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones

Fecha de impresión: 27/05/2015 9:26