

Secretaría de Salud

Impresión de la información contenida en el Certificado de Defunción FOLIO: 170644843 FOLIO DE CONTROL: J10004998

DEL FALLECIDO(A)

1. NOMBRE DEL FALLECIDO (A)

MA CARMEN

GARCIA

CASTRO

Nombre(s):

Apellido paterno:

Apellido materno:

2. FECHA DE NACIMIENTO:

16/08/2017

3. SEXO:

2 - MUJER

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

1 - DIAS

EDAD:

28 - DIAS

Para menores de 28 días:

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:

88888888

8.2 Semanas de gestación:

37

9. ESTADO CONYUGAL:

8 - NO APLICA

10. RESIDENCIA HABITUAL:

10.1 Tipo de vialidad:

05- CALLE

10.2 Nombre de la vialidad:

JULIAN DE LOS REYES

10.3 Núm. exterior:

512

10.4 Núm. interior:

3

10.5 Tipo de asentamiento:

99 - S.I.

10.6 Nombre del asentamiento:

CENTRO

10.7 Código postal:

99999

10.8 Localidad:

0001 - SAN LUIS POTOSÍ

10.9 Municipio:

028 - SAN LUIS POTOSI

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:

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:

JULIAN DE LOS REYES

15.3 Núm. exterior:

512

15.4 Núm. interior:

15.5 Tipo de asentamiento:

07 - COLONIA

15.6 Nombre del asentamiento:

CENTRO

15.7 Código postal:

99999

15.8 Localidad:

0001 - SAN LUIS POTOSÍ

15.9 Municipio:

028 - SAN LUIS POTOSI

15.10 Entidad:

24 - SAN LUIS POTOSI

15.11 Jurisdicción:

01 - SAN LUIS POTOSÍ

16. FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN:

13/09/2017

19:30

17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA:

2 - NO

18. SE LE REALIZÓ NECROPSIA:

1 - SI

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:

Descripción

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Causa

I a)

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

9

999 - SE IGNORA

J969

I b)

EDEMA AGUDO PULMONAR

9

999 - SE IGNORA

J81X

I c)

INTOXICACION CON GAS LP

9

999 - SE IGNORA

T58X

I d)

-

-

-

-

II 1)

-

-

-

-

II 1)

-

-

-

-

20. CAUSA BÁSICA:

X479 - ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL POR, Y EXPOSICION A OTROS GASES Y VAPORES, 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:

9 - SE IGNORA

22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo:

9 - SE IG

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión:

09 - SE IGNORA

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:

00000021737/2017

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:

INTOXICACION CON GAS LP

22.7 Anote el domicilio dónde ocurrió la lesión del del presunto accidente, homicidio o suicidio:

22.7.1 Tipo de vialidad:

05 - CALLE

22.7.2 Nombre de la vialidad:

JULIAN DE LOS REYES

22.7.3 Núm. exterior:

512

22.7.4 Núm. interior:

22.7.5 Tipo de asentamiento:

07 - COLONIA

22.7.6 Nombre del asentamiento:

ZONA CENTRO

22.7.7 Código postal:

99999

22.7.3 Localidad:

0001 - SAN LUIS POTOSÍ

22.7.4 Municipio:

028 - SAN LUIS POTOSI

22.7.5 Entidad:

24 - SAN LUIS POTOSI

DEL INFORMANTE

23. NOMBRE:

RAFAEL

ROCH

VELARDE

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

8059200

27. ¿ESTÁ FIRMADO EL CERTIFICADO?:

1 - SI

28. NOMBRE:

FELIPE EUGENIO

MARTINEZ

GALLA

Nombre(s):

Apellido paterno:

Apellido materno:

29. DOMICILIO Y TELÉFONO:

29.1 Tipo de vialidad:

05 - CALLE

29.2 Nombre de la vialidad:

REPUBLICA DE POLONIA

29.3 Núm. exterior:

350

29.4 Núm. interior:

29.5 Tipo de asentamiento:

07 - COLONIA

29.6 Nombre del asentamiento:

LOMAS DE SATELITE

29.7 Código postal:

99999

29.8 Localidad:

0001 - SAN LUIS POTOSÍ

29.9 Municipio:

028 - SAN LUIS POTOSI

29.10 Entidad:

24 - SAN LUIS POTOSI

29.11 TELÉFONO:

9999999999

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN:

14/09/2017

DEL REGISTRO CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO:

Núm.:

00005

Libro:

00005

Acta:

03576

32. LUGAR Y FECHA DEL REGISTRO:

32.1 Localidad:

0001 - SAN LUIS POTOSÍ

32.2 Municipio:

028 - SAN LUIS POTOSI

32.3 Entidad:

24 - SAN LUIS POTOSI

32.4 Fecha de registro:

14/09/2017