

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? B - NO APLICA	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
10.8 Localidad: 0001 - SAN LUIS POTOSI	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 POTOSI	15.9 Municipio: 028 - SAN LUIS POTOSI
15.11 Jurisdicción: 01 - SAN LUIS POTOSI	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:	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Descripción		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		
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 88 - NO APLICA	22.5 La defunción fue registrada en el 00000021737/2017	Ministerio Público con el acta número:
agresor con el(la) fallecido(a):		
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 donde 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 POTOSI	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 POTOSI	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
32. LUGAR Y FECHA DEL REGISTRO:		Acta: 03576
32.1 Localidad: 0001 - SAN LUIS POTOSI	32.2 Municipio: 028 - SAN LUIS POTOSI	
32.3 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI	32.4 Fecha de registro: 14/09/2017	