

Secretaría de Salud

Impresión de la información contenida en el Certificado de Defunción FOLIO: 170647046 FOLIO DE CONTROL: J10007377

DEL FALLECIDO(A)			
1. NOMBRE DEL FALLECIDO (A) ALLISON SAMADHI	TORRES	HERNANDEZ	
Nombre(s):	Apellido paterno:	Apellido materno:	
2. FECHA DE NACIMIENTO: 30/10/2015	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 3 - AÑOS	EDAD: 2 - AÑOS	Para menores de 28 días: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 00000E00000000	
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: ANDADOR PALOMAS	10.3 Núm. exterior: 104	
10.4 Núm. interior: 10.5 Tipo de asentamiento: 07 - COLONIA	10.6 Nombre del asentamiento: LAS JULIAS	10.7 Código postal: 99999	
10.8 Localidad: 0001 - SAN LUIS POTOSI	10.9 Municipio: 028 - SAN LUIS POTOSI	10.10 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI	
11. ESCOLARIDAD: 88 - NO APLICA	12. OCUPACIÓN HABITUAL: 88 - NO APLICA		
12.1 Trabajaba: 8 - NO APLICA	13. AFILIACIÓN : 07 - SEGURO POPULAR	13.1 Número de afiliación: 2411095808-5	
DE LA DEFUNCIÓN			
14. SITIO DE OCURRENCIA: 01 - SECRETARIA DE SALUD	14.2 CLUES: SPSSA001102 - HOSPITAL CENTRAL DR. IGNACIO MORONES PRIETO		
14.1 Unidad médica: HOSPITAL CENTRAL DR. IGNACIO MORONES PRIETO			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: 15.1 Tipo de vialidad: 05 - CALLE	15.2 Nombre de la vialidad: VENUSTIANO CARRANZA CIUDAD		
15.3 Núm. exterior: 2395	15.4 Núm. interior: 15.5 Tipo de asentamiento: 07 - COLONIA	15.6 Nombre del asentamiento: NO ESPECIFICADO	
15.7 Código postal: 78240	15.8 Localidad: 0001 - SAN LUIS POTOSI	15.9 Municipio: 028 - SAN LUIS POTOSI	15.10 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI
15.11 Jurisdicción: 01 - SAN LUIS POTOSI	16. FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN: 25/12/2017 23:40		
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) CHOQUE SEPTICO	9 999 - SE IGNORA	R572	
I b) FALLA RENAL AGUDA	9 999 - SE IGNORA	N179	
I c) GASTROENTERITIS POSTINFECCIOSA	9 999 - SE IGNORA	A090	
I d) -	-	-	
II 1) PARALISIS CEREBRAL INFANTIL	9 999 - SE IGNORA	G809	
II 1) EPILEPSIA	9 999 - SE IGNORA	G409	
20. CAUSA BÁSICA:A090 - OTRAS GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN INFECCIOSO			
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 88 - NO APLICA		22.5 La defunción fue registrada en el NO APLICA	
agresor con el(la) fallecido(a):		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 donde 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: MARIA MAGDALENA	HERNANDEZ	MUÑIZ	
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: NO ESPECIFICADO		
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO (Número de cédula profesional 9225563	27. ¿ESTÁ FIRMADO EL CERTIFICADO?: 1 - SI		
28. NOMBRE: KAREN GUADALUPE	GUTIERREZ	TAPIA	
Nombre(s):	Apellido paterno:	Apellido materno:	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vialidad: 05 - CALLE	29.2 Nombre de la vialidad: VENUSTIANO CARRANZA CIUDAD		
29.3 Núm. exterior: 2395	29.4 Núm. interior: 29.5 Tipo de asentamiento: 07 - COLONIA	29.6 Nombre del asentamiento: NO ESPECIFICADO	
29.7 Código postal: 78240	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: 25/12/2017	
DEL REGISTRO CIVIL			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO:	Núm.: 00005	Libro: 00005	
32. LUGAR Y FECHA DEL REGISTRO:		Acta: 05160	
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: 26/12/2017		