

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?

8 - NO APLIC

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 POTOSÍ

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 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:

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 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 Anote 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:

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 POTOSÍ

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

Acta:

05160

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:

26/12/2017

La impresión de este documento se realiza para fines epidemiológicos y no es sustituto en ningún caso del Certificado de Defunción.

Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones

Fecha de impresión : 19/09/2018 15:12

Página 1 de 1