SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO 170655414

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): ISRAEL (Nombre(s)) ENCARNACION (Primer Apellido) MARTINEZ (Segundo Apellido) 946

2. FECHA DE NACIMIENTO: 05 05 1982 (Día Mes Año)

3. SEXO: Hombre (X) 1 Mujer ( ) 2 Se ignora ( ) 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: SAN LUIS POTOSI (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP: EAMI820505HSPNRS09 Se ignora ( ) 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí (X) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9

7. NACIONALIDAD: Mexicana (X) 1 Otra ( ) 2 → Especifique Se ignora ( ) 9

8. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora ___ Minutos; Para menores de un día ___ Horas; Para menores de un mes ___ Días; Para menores de un año ___ Meses; Para personas de un año o más 35 Años cumplidos; Se ignora ( ) 9

Para menores de 28 días anote:
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:
8.2 Semanas de gestación:

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) ( ) 6 Viudo(a) ( ) 2 Casado(a) ( ) 5 En unión libre ( ) 4 Divorciado(a) ( ) 3 Soltero(a) (X) 1 Se ignora ( ) 9

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: CALLEJON
10.2 Nombre de la vialidad: SALAZAR 1
10.3 Núm. Exterior: 28
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: BARRIO ENCARNACION
10.6 Nombre del asentamiento humano: EJIDO NEXCUAYO
10.7 Código Postal: 79970
10.8 Localidad: EJIDO NEXCUAYO
10.9 Municipio o delegación: MATLAPA
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): SAN LUIS POTOSI

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ( ) 1 Preescolar ( ) 12 Primaria ( ) 3 Secundaria (X) 5 Bachillerato o preparatoria ( ) 7 Profesional ( ) 8 Posgrado ( ) 10 Se ignora ( ) 99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa (X) 1 Incompleta ( ) 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: JORNALERO Se ignora ( ) 99
12.1 Trabajaba Sí (X) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ( ) 1 ISSSTE ( ) 3 SEDENA ( ) 5 Seguro Popular (X) 7 Otra ( ) 8 IMSS ( ) 2 PEMEX ( ) 4 SEMAR ( ) 6 IMSS PROSPERA ( ) 10 Se ignora ( ) 99
13.1 Número de seguridad social o afiliación: 2417060712

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ( ) 1 IMSS ( ) 3 PEMEX ( ) 5 SEMAR ( ) 7 IMSS PROSPERA ( ) 2 ISSSTE ( ) 4 SEDENA ( ) 6 Otra unidad pública ( ) 8 Unidad médica privada ( ) 9 Vía pública ( ) 10 Otro lugar ( ) 12 Hogar (X) 11 Se ignora ( ) 99
14.1 Nombre de la unidad médica
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: CALLEJON
15.2 Nombre de la vialidad: SALAZAR 1
15.3 Núm. Exterior: 28
15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: BARRIO ENCARNACION
15.6 Nombre del asentamiento humano: EJIDO NEXCUAYO
15.7 Código Postal: 79970
15.8 Localidad: EJIDO NEXCUAYO
15.9 Municipio o delegación: MATLAPA
15.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 28 09 2017 (Día Mes Año) 00 40 (Horas Minutos)

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí (X) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ( ) 1 No (X) 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) TUMOR CEREBRAL (Debido a (o como consecuencia de))	1 mes	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (Debido a (o como consecuencia de))	8 Meses	
	c) SINDROME ANEMICO (Debido a (o como consecuencia de))	1 año	
	d)		
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ( ) 1 El parto ( ) 2 El puerperio ( ) 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ( ) 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ( ) 5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ( ) 1 No ( ) 2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ( ) 1 No ( ) 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ( ) 1 Homicidio ( ) 2 Suicidio ( ) 3 Se ignora ( ) 9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ( ) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ( ) 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ( ) 1 Escuela u oficina pública ( ) 2 Área deportiva ( ) 3 Calle o carretera (vía pública) ( ) 4 Área comercial o de servicio ( ) 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ( ) 6 Granja (rancho o parcela) ( ) 7 Otro ( ) 8 Se ignora ( ) 9
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
22.5 La defunción fue registrada en el 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
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
22.7.1 Tipo de vialidad
22.7.2 Nombre de la vialidad
22.7.3 Núm. Exterior
22.7.4 Núm. Interior
22.7.5 Tipo de asentamiento humano
22.7.6 Nombre del asentamiento humano
22.7.7 Código Postal
22.7.8 Localidad
22.7.9 Municipio o delegación
22.7.10 Entidad federativa

DEL INF.

23. NOMBRE: FERNANDO (Nombre(s)) ENCARNACION (Primer Apellido) ORTIZ (Segundo Apellido)

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): PADRE

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante (X) 1 Médico legista ( ) 2 Otro médico* ( ) 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ( ) 4 Autoridad civil* ( ) 5 Otro* ( ) 8 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 2368195

27. NOMBRE: RAUL (Nombre(s)) VENANCIO (Primer Apellido) ABAD (Segundo Apellido)

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: CARRETERA
29.2 Nombre de la vialidad: F. I MADERO
29.3 Núm. Exterior: 52
29.4 Núm. Interior:
29.5 Tipo de asentamiento humano: PUEBLO
29.6 Nombre del asentamiento humano: MATLAPA
29.7 Código Postal: 79970
29.8 Localidad: MATLAPA
29.9 Municipio o delegación: MATLAPA
29.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI
29.11 Teléfono:

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 16 02 2017 (Día Mes Año)

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
Núm. 01 Libro Núm. 05
31.1 Acta Núm. 00100

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad: MATLAPA
32.2 Municipio o delegación:
32.3 Entidad federativa: S.L.P.
32.4 Día Mes Año: 19 02 17

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

170655414