



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

180657510

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) 1 Ker Joel Gonzalez Hernández
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO 11/12/2017 3. SEXO Hombre ☒1 Mujer ☐2 Se ignora ☐9
Día Mes Año

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí
Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP G10H1171211HSPNRKAS Se ignora ☐99
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ☐1 No ☒2 Se ignora ☐9
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒1 Se ignora ☐9
Otra ☐2 → Especifique

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 Años cumplidos Se ignora ☐9
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):

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

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad La tinaja
10.3 Núm. Exterior 79900 10.4 Núm. Interior La tinaja 10.5 Tipo de asentamiento humano Xilitla 10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí
10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD Ninguna ☒1 Preescolar ☐12 Primaria ☐3 Secundaria ☐5
Bachillerato o preparatoria ☐7 Profesional ☐8 Posgrado ☐10 Se ignora ☐99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐1 Incompleta ☐2
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Si ☐1 No ☐2 Se ignora ☐99

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐1 ISSSTE ☐3 SEDENA ☐5 Seguro Popular ☒7 Otra ☐8 Se ignora ☐99
IMSS ☐2 PEMEX ☐4 SEMAR ☐6 IMSS PROSPERA ☐10
13.1 Número de seguridad social o afiliación: 2414173594-4

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
14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
Vía pública ☐10 Otro lugar ☐12 Hogar ☒11 Se ignora ☐99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad La tinaja
15.3 Núm. Exterior 79900 15.4 Núm. Interior La tinaja 15.5 Tipo de asentamiento humano Xilitla 15.6 Nombre del asentamiento humano S.C.P.
15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 03/08/2018 10:43
Día Mes Año Horas Minutos
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐1 No ☒2 Se ignora ☐9
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐1 No ☒2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Muerte súbita
Debido a (o como consecuencia de)
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) Debido a (o como consecuencia de)
c) Debido a (o como consecuencia de)
d)
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo 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? Si ☐1 No ☐2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐1 No ☐2
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐1 No ☐2 Se ignora ☐9
Accidente ☐1 Homicidio ☐2 Suicidio ☐3 Se ignora ☐9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐6
Vivienda particular ☐0 Área deportiva ☐3 Granja (rancho o parcela) ☐7
Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐1 Calle o carretera (vía pública) ☐4 Otro ☐8
Escuela u oficina pública ☐2 Área comercial o de servicio ☐5 Se ignora ☐9
22.4 Añote 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 Añote 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

23. NOMBRE Olegario Gonzalez Santiago 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Padre
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐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 747498
Número de la cédula profesional

27. NOMBRE Carmin Esmaralda Enaco Hernández 28. FIRMA [Firma]
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

29. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle Vicente Guerrero 15 SN Colonia
29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano
79900 Xilitla Matlapa
29.6 Código Postal 29.7 Localidad 29.8 Municipio o delegación 29.9 Entidad federativa

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

180657510