



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210833213

SI LA DEFUNCIÓN FUERUE VERIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA UNIDAD MÉDICA
DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES
DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

| | | |
|--|--|---|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Salustiana Hernandez Andrade</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | | |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO <u>14/09/1957</u> Día Mes Año | 3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Hidalgo</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) |
| 5. CURP <u>H E A S S 7 0 9 1 4 M H 6 R N L 0 9</u> Se ignora <input type="radio"/> | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique |
| 8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>0</u> Horas <u>0</u> Minutos Para menores de un día: <u>0</u> Días Para menores de un mes: <u>0</u> Meses Para menores de un año: <u>0</u> Años Para personas de un año o más: <u>063</u> Años cumplidos | 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | 10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): <u>Calle Ignacio Zaragoza</u> 10.1 Tipo de vivienda: <u>300</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>42021</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>42021</u> 10.4 Núm. Interior: <u>Huiztla</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Hidalgo</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Hidalgo</u> 10.7 Código Postal: <u>42021</u> 10.8 Localidad: <u>Huiztla</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>Hidalgo</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>Hidalgo</u> |
| 11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | 12. OCUPACIÓN HABITUAL Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad médica privada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Carretera</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>San Mateo Km 3</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>512</u> 15.4 Núm. Interior: <u>Colonia</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Zacatlán</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Tamamachile</u> 15.7 Código Postal: <u>20012</u> 15.8 Localidad: <u>Zacatlán</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>Tamamachile</u> 15.10 Entidad federativa: <u>Sin</u> |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>20/12/2021 18:48</u> Día Mes Año Horas Minutos | | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía Adquirida en la comunidad</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Diabetes mellitus tipo 2</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Hipertensión arterial</u> Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo | | 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> |
| 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>10232522</u> | | 21. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 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 vivienda: 22.7.2 Nombre de la vivienda: 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 Alcaldía: 22.7.10 Entidad federativa: | | |
| 23. NOMBRE <u>Guadalupe Garcia Garcia</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Esposo</u> |
| 25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique: <u>Médico de Guardia</u> | | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <u>10232522</u> |
| 27. NOMBRE <u>Marcos Roberto Santiago Lopez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | | 28. FIRMA <u>[Firma]</u> |
| 29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Carretera San Mateo Km 3</u> 29.1 Tipo de vivienda: 29.2 Nombre de la vivienda: 29.3 Núm. Exterior: 29.4 Núm. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: 29.6 Nombre del asentamiento humano: 29.7 Código Postal: 29.8 Localidad: 29.9 Municipio o Alcaldía: 29.10 Entidad federativa: 29.11 Teléfono: | | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>20/12/2021</u> Día Mes Año |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm.: Libro Núm.: 31.1 Acta Núm.: | | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: 32.2 Municipio o Alcaldía: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día: 32.5 Mes: 32.6 Año: |

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

HOJA DE HOSPITALIZACIÓN

SINBA-SEUL-14-P DGIS

GOBIERNO DE
MÉXICOSALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CUBES: SP. 110 201461

FOLIO: _____

NOMBRE: Sulustia Hdz AndradeC.U.R.P.: _____ FECHA DE NACIMIENTO: 14 09 1987 ENTIDAD DE NACIMIENTO: Hgo.EDAD CUMPLIDA: _____ Días (en menores de 30 días) _____ Meses (en menores de un año) 63 Años (1 año y más)NACIDO EN EL HOSPITAL? 1 SI 2 NO SEXO: 1 Masculino 2 Femenino PESO: _____ kg _____ gr TALLA: _____ cm ESTADO CONYUGAL: _____AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD: 1 IMSS 2 ISSSTE 3 PEMEX 4 SEDENA 5 SEMAR 6 Gob. Estatal 7 Seguro Privado 8 Se ignora 9 Otro 10 N/ANÚM. AFILIACIÓN: _____ GRATUIDAD: 1 SI 2 No 3 IMSS Bienestar 4 Ninguna¿SE CONSIDERA INDÍGENA? X SI 2 NO ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? X SI 2 NO ¿CUAL? nahua tl.

Los menores de 5 años que estén hijos de alguna persona que se asuma indígena o hable alguna lengua indígena, serán considerados como tales.

TIPO DE LA VIALIDAD: _____ NOMBRE DE LA VIALIDAD: _____ NÚM. EXT.: _____ NÚM. INT.: _____

TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO: _____ NOMBRE DE ASENTAMIENTO HUMANO: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ LOCALIDAD: Huiztilingo MUNICIPIO O ALCALDÍA: OnzaitlanENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS: Hidalgo TELÉFONO: _____

EXPEDIENTE: _____ TIPO DE SERVICIO: _____ DE INGRESO: _____

INGRESO: 20 01 2021 HOSPITALIZACIÓN (NORMAL) X SEGUNDO: _____

TERCERO: _____

EGRESO: _____ DE EGRESO: _____

CORTA ESTANCIA 2

ESTANCIA EN SERVICIOS DE APOYO: Terapia intensiva: _____ Días _____ Horas

Terapia intermedia: _____ Días _____ Horas

PROCEDENCIA: 1 Consulta Externa 2 Urgencias 3 Referido _____ Unidad médica _____ Especificar CLUES _____MOTIVO DE EGRESO: 1 Curación 2 Mejoría 3 Voluntaria 4 Traslado a otra Unidad Médica: _____ Especificar CLUES _____5 Defunción MINISTERIO PÚBLICO: 1 SI 2 NO FOLIO DEL CERTIFICADO: _____ 6 Fuga 7 Otro motivo: _____ Especificar _____MUJER EN EDAD FÉRTIL: 1 Embarazo 2 Puerperio (de 0 a 42 días después del parto) 3 No estaba embarazada ni en puerperio

AFECIONES TRATADAS (DIAGNÓSTICOS FINALES AL EGRESO. DEBE SER LLENADO POR EL MÉDICO RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN).

AFECCIÓN PRINCIPAL: 1 Primera vez 2 Subsecuente

CÓDIGO CIE _____

COMORBILIDADES

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

RESELECCIÓN AF. P. _____ Código adicional _____ Sólo para tumores _____

CAUSA EXTERNA (Especifique los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causan la lesión): _____

INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA: 1 SI 2 NO

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, TERAPÉUTICOS Y QUIRÚRGICOS:

En este apartado se deberán incluir ADEMÁS los procedimientos obstétricos materno - neonatal (parto en posición vertical, apego inmediato madre y neonato, acompañamiento psicoemocional, y manejo activo de tercer periodo del trabajo de parto).

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

TIPO DE ANESTESIA: 1 General 2 Regional 3 Sedación 4 Local 5 Combinada 6 No usóVIOLENCIA Y/O LESIÓN: 1 SI 2 NO

FOLIO DE LA HOJA DE LESIONES: _____

HISTORIA GINECOBISTÉICA: Gestas _____ Abortos _____ Partos _____ Cesáreas _____

EDAD GESTACIONAL: _____ ¿EXTRACCIÓN O EXPULSIÓN? 1 SI 2 NOPLANIFICACIÓN FAMILIAR: 0 Ninguna 1 Hormonal oral 2 Inyectable mensual 3 Inyectable bimestralTIPO DE ATENCIÓN: 1 Aborto 2 PartoPRODUCTO DEL EMBARAZO: 4 Implante subdérmico 5 Dispositivo intrauterino 6 Preservativo femeninoTIPO PROCEDIMIENTO DE ABORTO: 1 LUH 2 AMEU 3 Medicamento 1 Única 2 Gemelar 7 Preservativo masculino 8 DIU medicado 9 Parche dérmico 10 OTBTIPO DE PARTO: 1 Eutócico 2 Distócico vaginal 3 Cesárea 3 Tres o más 11 Otros _____

PARA TODO NACIDO VIVO

APGAR A LOS 5 MIN. REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA ALGOJAMIENTO CONJUNTO LACTANCIA EXCLUSIVA

1. SI 2. NO 1. SI 2. NO 1. SI 2. NO 1. SI 2. NO

1. SI 2. NO 1. SI 2. NO 1. SI 2. NO 1. SI 2. NO

1. SI 2. NO 1. SI 2. NO 1. SI 2. NO 1. SI 2. NO

1. SI 2. NO 1. SI 2. NO 1. SI 2. NO 1. SI 2. NO

1. SI 2. NO 1. SI 2. NO 1. SI 2. NO 1. SI 2. NO

TIPO DE UNIDAD: _____ Servicios: _____

HOSPITAL CONTINUO: 1 1 Psiquiatria 2 Psiquiatria 3 Psicogeriatría 4 Unidad de desintoxicación 5 Villa psiquiátrica 6 Otros 7 No especificadoHOSPITAL PARCIAL: 2 1 Día 2 Noche 3 Fin de semana 4 Otros 9 No especificadoUNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES: 3

PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE:

NOMBRE: _____

C.U.R.P.: _____ CÉDULA PROFESIONAL: _____ FIRMA: _____