

Anexo 8

SECRETARIA DE SALUD - INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRÁFICA  
FORMATO DE RATIFICACION O RECTIFICACION DE DEFUNCION  
POR PADECIMIENTOS SUJETOS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA



DATOS TOMADOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION	1. DATOS DEL FALLECIDO(A)		Folio del certificado de defunción: 210835008	
	NOMBRE DEL FALLECIDO		JUAN BUSTOS PACHUCA	
	SEXO		HOMBRE 1 1 MUJER 2 SE IGNORA 9	
	EDAD CUMPLIDA		MINUTOS HORAS DIAS MESES AÑOS	
	AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD:		NINGUNA X1 ISSSTE 3 SEDENA 5 SEGURO POPULAR 7 OTRA 8	
	IMSS 0 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS OPORTUNIDADES 10 SE IGNORA 99		FECHA DE LA DEFUNCION	
	ESCOLARIDAD		NINGUNA 1 PRIMARIA INCOMPLETA 2 SECUNDARIA INCOMPLETA 4 BACHILLERATO O PREPARATORIA 11 PROFESIONAL 7 SE IGNORA 99	
	PRE-ESCOLAR 12 PRIMARIA COMPLETA X3 SECUNDARIA COMPLETA 5 BACHILLERATO O PREPARATORIA 6 POSGRADO 10		DIA MES AÑO	
	OCUPACION HABITUAL		SIN OCUPACIÓN 99 CERTIFICADA POR MEDICO TRATANTE 1 MEDICO LEGISTA 2 OTRO MEDICO X3 POR SS 4	
	LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL		HIDALGO NO. 120, COL. CENTRO, CHARCAS MUNICIPIO SAN LUIS POTOSÍ ENTIDAD FEDERATIVA	
LUGAR DE DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION		HOSPITAL RURAL No. 15 IMSS, CHARCAS MUNICIPIO SAN LUIS POTOSÍ ENTIDAD FEDERATIVA		
NOMBRE DEL CERTIFICANTE		CIRIA LOPEZ RAMIREZ		
DATOS RESULTANTES DE LA INVESTIGACION EPIDEMIOLÓGICA	2. CAUSAS DE DEFUNCIÓN		INTERVALO CODIGO CIE CAUSA BASICA	
	a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA		5 HORAS	
	b) NEUMONIA POR PROBABLE SARS COV-2		4 DÍAS	
	c) DIABETES MELLITUS 2		20 AÑOS	
	d) HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA		20 AÑOS	
	II			
	CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		COVID-19 CODIGO CIE	
	3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA		RATIFICA RECTIFICA	
	CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		COVID-19 X	
	I		INTERVALO CODIGO CIE CAUSA BASICA	
a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA		5 HORAS		
b) NEUMONIA		4 DÍAS		
c) INFECCIÓN POR SARS COV-2		4 DÍAS		
d) DIABETES MELLITUS 2		20 AÑOS		
II		HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA 20 AÑOS		
FECHA DE LA RECOLECCION		FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO		
REPORTA A INEGI / SS		FECHA DE LA CONCLUSIÓN		
OBSERVACIONES				
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION		ROGELIO IPÍÑA		
CARGO		COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA N HOSPITAL RURAL No. 15 IMSS BIENESTAR FIRMA		
4. DATOS DE CONTROL (EXCLUSIVO INEGI)				
TIPO DE DOCUMENTO:		NÚM. DE PAQUETE:		
NOMBRE DEL CODIFICADOR		NÚM. DE ACTA		
NOMBRE		FOLIO DE CAPTURA		
PATERNO		MATERNO		
MATERNO		FIRMA		





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

Modelo 2017.1

FOLIO

210835008

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA 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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Juan</u> Primer Apellido <u>Pérez</u> Segundo Apellido <u>Roberto</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>03</u> Mes <u>05</u> Año <u>1939</u>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>BUTJ390502ASPS000</u>		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"/> Otra <input type="radio"/> Especifique <u></u>		Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <u></u> Minutos <u></u> Para menores de un día <u></u> Horas <u></u> Para menores de un mes <u></u> Días <u></u> Para menores de un año <u></u> Meses <u></u> Para personas de un año o más <u>081</u> Años cumplidos <u></u>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle Hidalgo</u>		10.1 Tipo de vialidad <u></u> 10.2 Nombre de la vialidad <u></u>	
10.3 Núm. Exterior <u>76590</u> 10.4 Núm. Interior <u></u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Chicla</u>		10.6 Nombre del asentamiento humano <u></u> 10.7 Código Postal <u></u> 10.8 Localidad <u>Chicla</u>		10.9 Municipio o Alcaldía <u>Chicla</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</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"/>	
11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>Primaria</u>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <u>Sí</u> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u></u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica <u>HR 15</u>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>ST17401015416</u>		Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u></u> 15.2 Nombre de la vialidad <u></u>		15.3 Núm. Exterior <u>76590</u> 15.4 Núm. Interior <u></u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Chicla</u>		15.6 Nombre del asentamiento humano <u></u> 15.7 Código Postal <u></u> 15.8 Localidad <u>Chicla</u>		15.9 Municipio o Alcaldía <u>Chicla</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>09</u> Mes <u>02</u> Año <u>2021</u> Horas <u></u> Minutos <u></u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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>Debido a (o como consecuencia de) Respiración Aguda</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>5 años</u>		Código CIE <u></u>	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) <u>Debido a (o como consecuencia de) Probable por SARS-CoV-2</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>4 días</u>		Código CIE <u></u>	
		c) <u>Debido a (o como consecuencia de) Diabetes Mellitus 2</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>20 años</u>		Código CIE <u></u>	
		d) <u>Hipertensión Arterial Sistólica</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>70 años</u>		Código CIE <u></u>	
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 <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 13 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u></u>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidental <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"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u></u>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u></u>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u></u>					
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u></u>		22.7.1 Tipo de vialidad <u></u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u></u>		22.7.3 Núm. Exterior <u></u> 22.7.4 Núm. Interior <u></u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u></u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u></u>		22.7.7 Código Postal <u></u> 22.7.8 Localidad <u></u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u></u> 22.7.10 Entidad federativa <u></u>	
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Juan</u> Primer Apellido <u>Pérez</u> Segundo Apellido <u>Roberto</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Especifique <u>General</u> Número de la cédula profesional <u>5996690</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Juan</u> Primer Apellido <u>Pérez</u> Segundo Apellido <u>Roberto</u>		28. FIRMA <u>Juan Pérez Roberto</u>		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u></u> 29.2 Nombre de la vialidad <u></u> 29.3 Núm. Exterior <u></u> 29.4 Núm. Interior <u></u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u></u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>10</u> Mes <u>01</u> Año <u>2021</u>	
29.6 Nombre del asentamiento humano <u></u> 29.7 Código Postal <u></u> 29.8 Localidad <u></u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u></u> 29.10 Entidad federativa <u></u> 29.11 Teléfono <u></u>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u></u> , Libro Núm. <u></u> 31.1 Acta Núm. <u></u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u></u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u></u> 32.3 Entidad federativa <u></u> 32.4 Día <u></u> Mes <u></u> Año <u></u>			

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