

DATOS TOMADOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	1. DATOS DEL FALLECIDO(A)													
	NOMBRE DEL FALLECIDO JUAN NOMBRE(S)										Folio del certificado de defunción: 210835008			
	SEXO	HOMBRE <input checked="" type="checkbox"/> 1	MUJER <input type="checkbox"/> 2	SE IGNORA <input type="radio"/> 9	EDAD CUMPLIDA	MINUTOS	HORAS	DÍAS	MESES	0 8 1	AÑOS	PACHUCA MATERNO		
	AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD:	NINGUNA <input type="radio"/> X1	ISSSTE <input type="checkbox"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	SEGURO POPULAR <input type="radio"/> 7	OTRA <input type="radio"/> 8	FECHA DE LA DEFUNCIÓN							
	ESCOLARIDAD	IMSS <input checked="" type="checkbox"/>	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS OPORTUNIDADES <input type="radio"/> 10	SE IGNORA <input type="radio"/> 99	0 9	0 1	2 0	2 1	AÑO			
	OCCUPACION HABITUAL	NINGUNA <input type="radio"/> 1	INCOMPLETA <input type="radio"/> 2	PRIMARIA <input type="radio"/> 1	SECUNDARIA <input type="radio"/> 4	BACHILLERATO O PREPARATORIA <input type="radio"/> 11	PROFESIONAL <input type="checkbox"/> 7	SE IGNORA <input type="radio"/> 99						
	LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL	HIDALGO NO. 120, COL. CENTRO, CHARCAS MUNICIPIO										SAN LUIS POTOSÍ ENTIDAD FEDERATIVA		
	LUGAR DE DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HOSPITAL RURAL No. 15 IMSS, CHARCAS MUNICIPIO										SAN LUIS POTOSÍ ENTIDAD FEDERATIVA		
	NOMBRE DEL CERTIFICANTE	CIRIA LOPEZ RAMIREZ												
	2. CAUSAS DE DEFUNCIÓN											INTERVALO	CÓDIGO CIE	CAUSA BÁSICA
I	a) <input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA											5 HORAS	_____	_____
b) <input type="checkbox"/> NEUMONIA POR PROBABLE SARS COV-2											4 DÍAS	_____	_____	
c) <input type="checkbox"/> DIABETES MELLITUS 2											20 AÑOS	_____	_____	
d) <input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA											20 AÑOS	_____	_____	
II											_____	_____	_____	
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	COVID-19										CÓDIGO CIE			
3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA											RATIFICA	RECTIFICA		
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	COVID-19										X			
I	a) <input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA											INTERVALO	CÓDIGO CIE	CAUSA BÁSICA
b) <input type="checkbox"/> NEUMONIA											5 HORAS	_____	_____	
c) <input type="checkbox"/> INFECCIÓN POR SARS COV-2											4 DÍAS	_____	_____	
d) <input type="checkbox"/> DIABETES MELLITUS 2											4 DÍAS	_____	_____	
II											20 AÑOS	_____	_____	
FECHA DE LA RECOLECCIÓN	0 9 0 1 2 1	D D M M A A	FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO	0 9 0 1 2 1	D D M M A A	FECHA DE LA CONCLUSIÓN	1 1 0 1 2 1	D D M M A A						
REPORTE A INEGI / SS	0 9 0 1 2 1	D D M M A A												
OBSERVACIONES														
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN	ROGELIO NOMBRE										IPIÑA PATERNO	LIRIÁN MATERNO		
CARGO	COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN HOSPITAL RURAL No. 15 IMSS BIENESTAR										FIRMA			
4. DATOS DE CONTROL (EXCLUSIVO INEGI)														
DATOS DEL INEGI	TIPO DE DOCUMENTO: _____			NÚM. DE PAQUETE: _____			NÚM. DE ACTA: _____			FOLIO DE CAPTURA: _____				
	NOMBRE DEL CODIFICADOR			NOMBRE			PATERNO			MATERNO				
										FIRMA				



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

210835008

210835008
9009360112

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Día	Mes	Año	Hombre <input checked="" type="radio"/>	Mujer <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	O ₉	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
BUTI390507HSPECVCO		Se ignora <input type="radio"/>	O ₉₉	Mexicana <input checked="" type="radio"/>	O ₁	Se ignora <input type="radio"/>	O 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 Años cumplidos	Se ignora <input type="radio"/>
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		Especifique	
				Separado(a) <input type="radio"/>	O ₆	Viudo(a) <input type="radio"/>	O ₂
				En unión libre <input type="radio"/>	O ₄	Divorciado(a) <input type="radio"/>	O ₃
						Soltero(a) <input type="radio"/>	O ₁
						Se ignora <input type="radio"/>	O ₉
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)					
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
291590		Chaco		Chaco		Palmar	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
10.11 ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:					
Ninguna <input type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/>	Primaria <input checked="" type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/>	Completa <input type="radio"/>		12. Ocupación Habitual	
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Profesional <input type="radio"/>	Posgrado <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Incompleta <input type="radio"/>	O ₂	12.1 Trabajaba <input type="radio"/>	Si <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"/>	13.1 Número de seguridad social o afiliación	
	IMSS <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/>	IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica					
Secretaría de Salud <input type="radio"/>	IMSS <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/>	Unidad médica privada <input type="radio"/>		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Otra unidad pública <input type="radio"/>	O ₉		Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)							
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad					
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano		15.10 Entidad federativa	
291590		Chaco		El Palmar			
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía		15.11 Entidad federativa			
15.9 Día	15.10 Mes	15.11 Año	15.12 Horas	15.13 Minutos	15.14	15.15	15.16
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?					
Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/>		No <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/>		No <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I					
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a)	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)					
19.2 Parte II		19.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte					
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		Código CIE					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?					
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/>	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
El embarazo <input type="radio"/>		13 días a 11 meses	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	O ₅	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión					
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda particular <input type="radio"/>	Área deportiva <input type="radio"/>	Área industrial <input type="radio"/>	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
Accidente <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/>	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/>	Calle o carretera <input type="radio"/>	(rancho o parcela) <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>	
Suicidio <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/> 9	Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Área comercial o de servicio <input type="radio"/>	O ₅	Se ignora <input type="radio"/> 9	
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		22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.10 Entidad federativa			
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Médico tratante <input type="radio"/>	Médico legista <input type="radio"/>	Otro médico* <input type="radio"/>	26.1 Número de la cédula profesional				
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Autoridad civil* <input type="radio"/>	Otro* <input type="radio"/>	*Especifique				
27. NOMBRE		28. FIRMA					
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN					
29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Número _____, Libro Número _____		32.1 Localidad					
31.1 Acta Número _____		32.2 Municipio o Alcaldía					
		32.3 Entidad federativa					
		32.4 Día Mes Año					
DEL REG. CIVIL							

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