



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017

FOLIO

210838057

210838057

210838057

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Nombre(s) <i>Aurea Hernández</i>		Primer Apellido <i>Hernández</i>	Segundo Apellido <i>Xavier</i>
	2. FECHA DE NACIMIENTO	Día <i>19</i> Mes <i>01</i> Año <i>1961</i>	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO
5. CURP	<i>HEAA461011GMSPLN6104</i>		Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99
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
Para menores de 28 días anote:			8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	60
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:					Se ignora <input type="radio"/> 9
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	10.1 Tipo de vialidad	<i>Calle Torre de San Miguel</i>		
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	<i>Torres, Torre de San Miguel</i>		
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación <i>43385978554-8</i>		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica <i>Hospital Potosí No. 15</i>	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.1 Tipo de vialidad <i>Calle</i>	15.2 Nombre de la vialidad <i>Los chopos</i>	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.8 Localidad <i>Churcas</i>	15.9 Municipio o Alcaldía <i>Churcas</i>	15.10 Entidad federativa <i>Potosí</i>	
15.7 Código Postal	15.11 Horas <i>1024</i>	15.12 Minutos <i>1024</i>			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	Día <i>29</i> Mes <i>01</i> Año <i>2021</i>	16.17 ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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.)	PARTE I Enfermedad, lesión o estadio patológico que produjo la muerte directamente			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <i>3 horas</i>	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	a) <i>Inhalación Respiratoria Aspirada</i> Debido a (o como consecuencia de)	b) <i>Neumonía</i> Debido a (o como consecuencia de)	c) <i>Pronóstico SARS-COV2</i> Debido a (o como consecuencia de)	d)	7 días 7 días
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estadio morbo que la produjo	<i>Fibrosis pulmonar</i> <i>Hipertensión arterial sistémica</i>			3 años 4 años	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Uso exclusivo del personal codificador	
El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5				
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra)	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela)	
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		Otro <input type="radio"/> 8	Se ignora <input type="radio"/> 9	
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 Alcaldía	22.7.10 Entidad federativa		
23. NOMBRE	Nombre(s) <i>Sandra Ibáñez</i>	Primer Apellido <i>Hernández</i>	Segundo Apellido <i>Xavier</i>	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 4	Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Persona autorizada por la Secretaría de Salud				4423551	
27. NOMBRE	Nombre(s) <i>Luis</i>	Primer Apellido <i>chavel</i>	Segundo Apellido <i>Hernández</i>	28. FIRMA <i>Luis</i>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO	29.1 Tipo de vialidad <i>Carratera</i>	29.2 Nombre de la vialidad <i>Los churcas</i>	29.3 Núm. Exterior <i>S/N</i>	29.4 Núm. Interior <i>Chubia</i>	
29.6 Nombre del asentamiento humano <i>Churcas</i>	29.7 Código Postal <i>7885940</i>	29.8 Localidad <i>Churcas</i>	29.11 Teléfono <i>4868579109</i>	29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.9 Municipio o Alcaldía <i>Churcas</i>	29.10 Entidad federativa <i>San Luis Potosí</i>			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	32.1 Localidad			29.01.2021	
Núm. _____, Libro Núm. _____				Día <i>29</i> Mes <i>01</i> Año <i>2021</i>	
31.1 Acta Núm. _____	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año
DEL REG. CIVIL	DEL CERTIFICANTE	DEL INF.			

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

DATOS TOMADOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	1. DATOS DEL FALLECIDO(A)										Folio del certificado de defunción: 210838057			
	NOMBRE DEL FALLECIDO AURORA NOMBRE(S)										HERNANDEZ			
	SEXO	HOMBRE <input type="checkbox"/> 1	MUJER <input checked="" type="checkbox"/> X	SE IGNORA <input type="radio"/> 9	EDAD CUMPLIDA <input type="radio"/> MINUTOS	<input type="radio"/> HORAS	<input type="radio"/> DIAS	<input type="radio"/> MESES	<input type="radio"/> 0 6 0	SE IGNORA <input type="radio"/> 9	AGUILAR			
	AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD:	FECHA DE LA DEFUNCIÓN												
	NINGUNA <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="checkbox"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	SEGURO POPULAR <input type="radio"/> 7	OTRA <input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 2 9	<input type="radio"/> 0 1	<input type="radio"/> 2 0 2 1						
	IMSS <input checked="" type="checkbox"/> X	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS OPORTUNIDADES <input type="radio"/> 10	SE IGNORA <input type="radio"/> 99	DIA	MES	AÑO						
	ESCOLARIDAD	NINGUNA <input type="radio"/> 1	PRIMARIA <input type="radio"/> 2	SECUNDARIA <input type="radio"/> 4	BACHILLERATO O <input type="radio"/> 11	PROFESIONAL <input type="radio"/> 7	SE IGNORA <input type="radio"/> 99							
	PRE-ESCOLAR <input type="radio"/> 12	PRIMARIA <input type="radio"/> 3	SECUNDARIA COMPLETA <input type="radio"/> 5	BACHILLERATO O <input type="radio"/> 6	POSGRADO <input type="radio"/> 10	OTRO <input type="radio"/> 8								
	OCCUPACIÓN HABITUAL	AMA DE CASA				CERTIFICADA POR	MÉDICO TRATANTE <input type="radio"/> 1	MÉDICO LEGISTA <input type="radio"/> 2	OTRO MEDICO <input type="radio"/> 3 POR SS	PERSONAL AUTORIZADO <input type="radio"/> 4				
	LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL	TORRE DE SAN MIGUEL NO. 200, COL. TORRES DE SAN MIGUEL, GUADALUPE 0				AUTORIDAD CIVIL <input type="radio"/> 5	NUEVO LEÓN	ENTIDAD FEDERATIVA						
LUGAR DE DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HOSPITAL RURAL No. 15 IMSS, CHARCAS MUNICIPIO				SAN LUIS POTOSÍ ENTIDAD FEDERATIVA									
NOMBRE DEL CERTIFICANTE	LUIS CHAVEZ HERNANDEZ													
2. CAUSAS DE DEFUNCIÓN											INTERVALO	CÓDIGO CIE	CAUSA BÁSICA	
I	a) <input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA					3 HORAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
b) <input type="checkbox"/> NEUMONIA					7 DÍAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
c) <input type="checkbox"/> POR PROBABLE SARS COV-2					7 DÍAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
d) <input type="checkbox"/> II	FIBROSIS PULMONAR				3 AÑOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
	HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA				4 AÑOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	COVID-19										CÓDIGO CIE			
3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA											RATIFICA	RECTIFICA		
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA COVID-19											<input checked="" type="checkbox"/> X			
I	a) <input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA					INTERVALO	CÓDIGO CIE	CAUSA BÁSICA						
b) <input type="checkbox"/> NEUMONIA					3 HORAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
c) <input type="checkbox"/> INFECCIÓN POR SARS COV-2					7 DÍAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
d) <input type="checkbox"/> II	FIBROSIS PULMONAR				7 DÍAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
	HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA				3 AÑOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
FECHA DE LA RECOLECCIÓN	<input type="checkbox"/> 2 9 0 1 2 1 D D M M A A				FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO	<input type="checkbox"/> 2 9 0 1 2 1 D D M M A A				FECHA DE LA CONCLUSIÓN	<input type="checkbox"/> 0 4 0 2 2 1 D D M M A A			
REPORTE A INEGI / SS	<input type="checkbox"/> D D M M A A													
OBSERVACIONES														
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN	ROGELIO NOMBRE				IPIÑA PATERNO				LIÑÁN MATERNO					
CARGO	COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN HOSPITAL RURAL No. 15 IMSS BIENESTAR				FIRMA									
4. DATOS DE CONTROL (EXCLUSIVO INEGI)														
TIPO DE DOCUMENTO:	NÚM. DE PAQUETE:				NÚM. DE ACTA:				FOLIO DE CAPTURA:					
NOMBRE DEL CODIFICADOR	NOMBRE				PATERNO				MATERNO					