

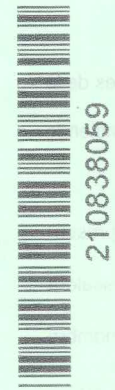


SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO
210838059

*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

OFICIALIA
REGISTRO
015-01
CHARCAS, S.L.P.



210838059

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 21 02 1974	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) San Luis Potosí	
5. CURP VIA112410112216M12P232096		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"/>
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 21 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) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(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) _____ 10.1 Tipo de vialidad _____ 10.2 Nombre de la vialidad _____ 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 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"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <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: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL Laborador del sector <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" 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 checked="" 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 4179310045-56-194076	
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"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica H.B. 15 Charcas 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) SLP1101010105416	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad _____ 15.2 Nombre de la vialidad _____ 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos 01 02 2021 22 00		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) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Neumonía Adquirida en la Comunidad Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Hipertensión Arterial Sistémica 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 morboso que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 10 días 8 días 9 días Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
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"/> 43 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"/>
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"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 10.001.1 8.01.0 9.02.0	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Otro <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo	
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"/> *Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 5096690	
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FIRMA [Firma]	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 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 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 Día Mes Año 01 02 2021	
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 Mes Año	

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

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: 210838059									
	NOMBRE DEL FALLECIDO										ESTEFANA VAZQUEZ BUSTOS NOMBRE(S) PATERNO MATERNO									
	SEXO										HOMBRE 1 MUJER 2 X SE IGNORA 9									
	EDAD CUMPLIDA										MINUTOS HORAS DIAS MESES AÑOS SE IGNORA 9									
	AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD:										FECHA DE LA DEFUNCION									
	NINGUNA 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 SEGURO POPULAR 7 OTRA 8										0 1 0 2 2 0 2 1 DIA MES AÑO									
	IMSS X PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS OPORTUNIDADES X10 SE IGNORA 99																			
	ESCOLARIDAD										NINGUNA 1 PRIMARIA INCOMPLETA X 2 SECUNDARIA INCOMPLETA 4 BACHILLERATO O PREPARATORIA 11 PROFESIONAL 7 SE IGNORA 99									
	PRE-ESCOLAR 12 PRIMARIA COMPLETA 3 SECUNDARIA COMPLETA 5 BACHILLERATO O PREPARATORIA 6 POSGRADO 10																			
	OCUPACION HABITUAL										AMA DE CASA 99 CERTIFICADA POR MEDICO TRATANTE 1 MEDICO LEGISTA 2 OTRO MEDICO X 3 POR SS PERSONAL AUTORIZADO 4									
LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL										VICENTE GUERRERO No. 164, BARRIO CHEPINQUE, CHARCAS MUNICIPIO SAN LUIS POTOSÍ ENTIDAD FEDERATIVA										
LUGAR DE DONDE OCURRIO 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 DEFUNCION										INTERVALO CODIGO CIE CAUSA BASICA									
	I																			
	a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA										10 HORAS									
	b) NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD										8 DÍAS									
	c) HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA										9 AÑOS									
	d)																			
	II																			
	CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA										COVID-19 CODIGO CIE									
DATOS DEL INEGI	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										10 HORAS									
	b) NEUMONIA										8 DÍAS									
	c) INFECCION POR SARS COV-2										11 DÍAS									
	d)																			
	II																			
	HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA										9 AÑOS									
FECHA DE LA RECOLECCION										0 2 0 2 2 1 D D M M A A										
FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO										0 2 0 2 2 1 D D M M A A										
FECHA DE LA CONCLUSIÓN										0 2 0 2 2 1 D D M M A A										
REPORTE A INEGI / SS										D D M M A A										
OBSERVACIONES																				
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION										ROGELIO IPIÑA LIÑAN NOMBRE PATERNO MATERNO										
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: NÚM. DE ACTA FOLIO DE CAPTURA										
NOMBRE DEL CODIFICADOR										NOMBRE PATERNO MATERNO FIRMA										