



**SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017-1

folio

210838059

210838059  
210838059 210838059 210838059 210838059 210838059

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) _____		Primer Apellido _____		Segundo Apellido _____		
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
Día _____	Mes _____	Año _____		5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD	
VIAJEROS		Se ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 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"/> 9	
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"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	
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				11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL		Se ignora <input type="radio"/> 99	
Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8	Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	13.1 Número de seguridad social o afiliación		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4	ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	14.1 Nombre de la unidad médica		
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 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		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		15.2 Nombre de la vialidad		15.6 Nombre del asentamiento humano		
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.10 Entidad federativa		
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		Día <input type="radio"/> 1 Mes <input type="radio"/> 2 Año <input type="radio"/> 3	Horas <input type="radio"/> 4 Minutos <input type="radio"/> 5	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
				Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	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.)								
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Debido a (o como consecuencia de)		14.3 Causas antecedentes		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		
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)		14.4 Causas antecedentes		Código CIE		
		c) Debido a (o como consecuencia de)		14.5 Causas antecedentes				
		d) Debido a (o como consecuencia de)		14.6 Causas antecedentes				
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:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
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	
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		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	
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		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <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	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 7 Granja <input type="radio"/> 8 Otro <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		22.7.6 Nombre del asentamiento humano		
22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.10 Entidad federativa		
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
23. NOMBRE		Nombre(s) _____		Primer Apellido _____		Segundo Apellido _____		
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE		Nombre(s) _____		Primer Apellido _____		Segundo Apellido _____		
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.4 Núm. Interior		
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		29.5 Tipo de asentamiento humano		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
Núm. _____, Libro Núm. _____		32.1 Localidad _____				Día <input type="radio"/> 1 Mes <input type="radio"/> 2 Año <input type="radio"/> 3		
31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa		32.4 Día <input type="radio"/> 1 Mes <input type="radio"/> 2 Año <input type="radio"/> 3		
DEL REG. CIVIL								

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



**Anexo 8**  
 SECRETARIA DE SALUD - INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRÁFICA  
 FORMATO DE RATIFICACIÓN O RECTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN  
 POR PADECIMIENTOS SUJETOS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA



DATOS TOMADOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	1. DATOS DEL FALLECIDO(A)											
	NOMBRE DEL FALLECIDO		ESTEFANA NOMBRE(S)			VAZQUEZ PATERNO			BUSTOS MATERNO			
	SEXO	HOMBRE <input type="checkbox"/> 1	MUJER <input checked="" type="checkbox"/> 2 X	SE IGNORA <input type="checkbox"/> 9	EDAD CUMPLIDA	MINUTOS	HORAS	DÍAS	MESES	0   8   0	AÑOS	SE IGNORA <input type="checkbox"/> 9
	AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD:											
	NINGUNA <input type="checkbox"/> 1	ISSSTE <input type="checkbox"/> 3	SEDENA <input type="checkbox"/> 5	SEGURIDAD POPULAR <input type="checkbox"/> 7	OTRA <input type="checkbox"/> 8					0   1	0   2	2   0   2   1
	IMSS <input checked="" type="checkbox"/>	PEMEX <input type="checkbox"/> 4	SEMAR <input type="checkbox"/> 6	IMSS OPORTUNIDADES <input type="checkbox"/> 10	SE IGNORA <input type="checkbox"/> 99					0   1	0   2	2   0   2   1
	ESCOLARIDAD	NINGUNA <input type="checkbox"/> 1	INCOMPLETA <input type="checkbox"/> 2	PRIMARIA <input type="checkbox"/> 3	SECUNDARIA <input type="checkbox"/> 4	BACHILLERATO O PREPARATORIA <input type="checkbox"/> 11	PROFESIONAL <input type="checkbox"/> 7	SE IGNORA <input type="checkbox"/> 99				
	PRE-ESCOLAR <input type="checkbox"/> 12	COMPLETA <input type="checkbox"/> 3	SECUNDARIA COMPLETA <input type="checkbox"/> 5		BACHILLERATO O PREPARATORIA <input type="checkbox"/> 6	POSGRADO <input type="checkbox"/> 10						
	AMA DE CASA											
	OCCUPACIÓN HABITUAL				○ 99	CERTIFICADA POR	MÉDICO <input type="checkbox"/> 1	MÉDICO <input type="checkbox"/> 2	OTRO <input type="checkbox"/> 3	PERSONAL AUTORIZADO <input type="checkbox"/> 4		
AUTORIDAD CIVIL <input type="checkbox"/> 5 OTRO <input type="checkbox"/> 8												
LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL												
VICENTE GUERRERO No. 164, BARRIO CHEPINQUE, CHARCAS				SAN LUIS POTOSÍ								
MUNICIPIO				ENTIDAD FEDERATIVA								
LUGAR DE DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN												
HOSPITAL RURAL No. 15 IMSS, CHARCAS				SAN LUIS POTOSÍ								
MUNICIPIO				ENTIDAD FEDERATIVA								
NOMBRE DEL CERTIFICANTE												
CIRIA LOPEZ RAMIREZ												
2. CAUSAS DE DEFUNCIÓN												
I	a)	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA			INTERVALO	CÓDIGO CIE			CAUSA BÁSICA			
					10 HORAS							
	b)	NEUMONIA ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD			8 DÍAS							
	c)	HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA			9 AÑOS							
II	d)											
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA												
COVID-19												
CÓDIGO CIE												
3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA												
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA												
COVID-19												
RATIFICA X												
CAUSA BÁSICA												
I	a)	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA			INTERVALO	CÓDIGO CIE			CAUSA BÁSICA			
	b)	NEUMONIA			10 HORAS							
	c)	INFECCIÓN POR SARS COV-2			8 DÍAS							
	d)				11 DÍAS							
II		HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA			9 AÑOS							
USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL CODIFICADOR												
FECHA DE LA RECOLECCIÓN												
0   2   0   2   2   1				FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO	0   2   0   2   2   1	FECHA DE LA CONCLUSIÓN	0   2   0   2   2   1					
D D M M A A				D D M M A A	D D M M A A	D D M M A A						
REPORTA A INEGI / SS												
OBSERVACIONES												
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN				ROGELIO NOMBRE	IPÍÑA PATERNO			LIÑÁN MATERNO				
CARGO				COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN HOSPITAL RURAL No. 15 IMSS BIENESTAR	FIRMA			FIRMA				
4. DATOS DE CONTROL (EXCLUSIVO INEGI)												
TIPO DE DOCUMENTO:				NÚM. DE PAQUETE:	NUM. DE ACTA	FOLIO DE CAPTURA						
NOMBRE DEL CODIFICADOR				NOMBRE	PATERNO	MATERNO			FIRMA			