



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

FOLIO
210838060
210838060 210838060 210838060 210838060 210838060
09082801Z 09082801Z 09082801Z 09082801Z 09082801Z

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES
SIN VIOLENCIA

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Selso</u> Primer Apellido <u>Ortiz</u> Segundo Apellido <u>Valdes</u>			
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>28</u> Mes <u>10</u> Año <u>1924</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)	
5. CURP <u>OLVIS240728HUSPRLICIG</u> Se ignora <input type="radio"/>		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"/> Otra <input type="radio"/> Especifique
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 <u>96</u> Se ignora <input type="radio"/>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle 100</u> 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 <u>28100</u> 10.8 Localidad <u>Caracas Grande</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>Varadero</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input 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"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 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 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	
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 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.3 Tipo de vialidad 14.4 Nombre de la vialidad 14.5 Tipo de asentamiento humano 14.6 Nombre del asentamiento humano 14.7 Código Postal 14.8 Localidad 14.9 Municipio o Alcaldía 14.10 Entidad federativa	
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 <u>5</u> Mes <u>12</u> Año <u>2024</u> Horas <u>11</u> Minutos <u>20</u>	
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"/>		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input 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>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Probable Sars Cov 2</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Asfexia</u> Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbos que la produjo <u>Insuficiencia Renal Crónica IV</u> <u>Asfexia grado III</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>4 horas</u> <u>20 días</u> <u>20 días</u> <u>1 hora</u> <u>4 meses</u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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"/>	
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 type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		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 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Felipe</u> Primer Apellido <u>Ortiz</u> Segundo Apellido <u>Acosta</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 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Reynaldo</u> Primer Apellido <u>Reynoso</u> Segundo Apellido <u>Reynoso</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
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 <u>5</u> Mes <u>12</u> Año <u>2024</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>1</u> , Libro Núm. <u>1</u> 31.1 Acta Núm. <u>1</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Caracas Grande</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>Varadero</u> 32.3 Entidad federativa <u>Campeche</u> 32.4 Día <u>5</u> Mes <u>12</u> Año <u>2024</u>	

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



1. DATOS DEL FALLECIDO(A)

SELO

ORTIZ

VALDES

NOMBRE(S)

PATERN

MATERN

SEXO

1

HOMBRE

1

MUJER

2

SE IGNORA

9

EDAD CUMPLIDA

MINUTOS

HORAS

DIAS

MESES

0

9

6

SE IGNORA

9

AFLIACION A SERVICIOS DE SALUD:

NINGUNA

1

ISSSTE

3

SEDENA

5

SEGURO POPULAR

7

OTRA

8

FECHA DE LA DEFUNCION

0

5

0

2

2

0

2

1

IMSS

2

PEMEX

4

SEMAR

6

IMSS OPORTUNIDADES

10

SE IGNORA

99

DIA

MES

AÑO

ESCOLARIDAD

NINGUNA

1

PRIMARIA INCOMPLETA

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

OCCUPACION HABITUAL

AGRICULTOR

99

CERTIFICADA POR

MEDICO TRATANTE

1

MEDICO LEGISTA

2

OTRO MEDICO

3

PERSONAL AUTORIZADO POR SS

4

AUTORIDAD CIVIL

5

OTRO

8

LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL

HIDALGO No. 100, CAÑADA GRANDE, VENADO

MUNICIPIO

SAN LUIS POTOSÍ

ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR DE DONDE OCURRIO LA DEFUNCION

CHARCAS

MUNICIPIO

SAN LUIS POTOSÍ

ENTIDAD FEDERATIVA

NOMBRE DEL CERTIFICANTE

ROGELIO IPIÑA LIÑÁN

2. CAUSAS DE DEFUNCIÓN

I

a)

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

4 HORAS

CODIGO CIE

CAUSA BASICA

b)

NEUMONIA

20 DIAS

CODIGO CIE

CAUSA BASICA

c)

PROBABLE SARS COV-2

20 DIAS

CODIGO CIE

CAUSA BASICA

d)

CODIGO CIE

CAUSA BASICA

II

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

1 AÑO

CODIGO CIE

CAUSA BASICA

ANEMIA GRADO III

4 MESES

CODIGO CIE

CAUSA BASICA

CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

COVID-19

CODIGO CIE

3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

COVID-19

INTERVALO

CODIGO CIE

CAUSA BASICA

a)

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

4 HORAS

CODIGO CIE

CAUSA BASICA

b)

NEUMONIA

20 DIAS

CODIGO CIE

CAUSA BASICA

c)

INFECCIÓN POR SARS COV-2

20 DIAS

CODIGO CIE

CAUSA BASICA

d)

CODIGO CIE

CAUSA BASICA

II

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

1 AÑO

CODIGO CIE

CAUSA BASICA

ANEMIA GRADO III

4 MESES

CODIGO CIE

CAUSA BASICA

FECHA DE LA RECOLECCION

0

5

0

2

2

1

FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO

0

5

0

2

2

1

FECHA DE LA CONCLUSIÓN

1

2

0

2

2

1

REPORTE A INEGI / SS

D

D

M

M

A

A

D

D

M

M

A

A

D

D

M

M

A

A

OBSERVACIONES

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION

ROGELIO

IPÍÑA

LIÑÁN

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

PATERN

MATERN

FIRMA