



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

Modulo 2017-1

FOLIO

210841175

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

210841175

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Alberto</u> Primer Apellido <u>Hernandez</u> Segundo Apellido <u>Contreras</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>07</u> Mes <u>10</u> Año <u>1984</u>	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Hidalgo</u>	
5. CURP <u>HECA420807HAGRW1015</u> Se ignora ☐	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>07</u> Para menores de un día: Horas <u>18</u> Para menores de un mes: Días <u>07</u> Para menores de un año: Meses <u>18</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>33</u> Se ignora ☐	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>29 de Octubre</u> 10.1 Tipo de vivienda <u>29 de Octubre</u> 10.2 Nombre de la vivienda <u>29 de Octubre</u> 10.3 Núm. Exterior <u>4311319</u> 10.4 Núm. Interior <u>29 de Octubre</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tehuacan de Cuervo</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Hidalgo</u> 10.7 Código Postal <u>4311319</u> 10.8 Localidad <u>Tehuacan de Cuervo</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>Hidalgo</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☒	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>Asesorador</u> Se ignora ☐ 12.1 Trabajaba ☒ No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora ☐	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de la Secretaría de Salud</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>0310312021</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>29 de Octubre</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>29 de Octubre</u> 15.3 Núm. Exterior <u>4311319</u> 15.4 Núm. Interior <u>29 de Octubre</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tehuacan de Cuervo</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Hidalgo</u> 15.7 Código Postal <u>4311319</u> 15.8 Localidad <u>Tehuacan de Cuervo</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Hidalgo</u> 15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>03</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u> Horas <u>10</u> Minutos <u>30</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) <u>Suspectado de covid-19</u> b) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>U01.9</u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? ☐ Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho u parcelo) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número <u>29 de Octubre</u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>29 de Octubre</u> 22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda <u>29 de Octubre</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda <u>29 de Octubre</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>4311319</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>29 de Octubre</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tehuacan de Cuervo</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Hidalgo</u> 22.7.7 Código Postal <u>4311319</u> 22.7.8 Localidad <u>Tehuacan de Cuervo</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>Hidalgo</u> 22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Guillermo</u> Primer Apellido <u>Flores</u> Segundo Apellido <u>Contreras</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Nieto</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico legista ☒ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>4137373</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Guillermo</u> Primer Apellido <u>Flores</u> Segundo Apellido <u>Contreras</u>	
28. FIRMA <u>Guillermo Flores Contreras</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>29 de Octubre</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>29 de Octubre</u> 29.3 Núm. Exterior <u>4311319</u> 29.4 Núm. Interior <u>29 de Octubre</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tehuacan de Cuervo</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Hidalgo</u> 29.7 Código Postal <u>4311319</u> 29.8 Localidad <u>Tehuacan de Cuervo</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>Hidalgo</u> 29.10 Entidad federativa	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>03</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u>29 de Octubre</u>	

HOJA DE HOSPITALIZACIÓN

SINBA-SEUL-14-P-DGIS

GOBIERNO
MÉXICOSALUD
SECRETARÍA DE SALUDCLAVES: SP 1410 00146 1
Edu Institución Consecutivo Ver

FOLIO: _____

PACIENTE

NOMBRE: Alberto Hernández Contreras
 C.U.R.P.: _____ FECHA DE NACIMIENTO: 06/08/1942 ENTIDAD DE NACIMIENTO: 78
 EDAD CUMPLIDA: _____ Horas (en menores de 24 hrs) _____ Días (en menores de 30 días) _____ Meses (en menores de un año) _____ Años (1 año y más)
 ¿NACIÓ EN EL HOSPITAL?: ☐ SI ☒ NO SEXO: ☐ Masculino ☒ Femenino PESO: 72 kg TALLA: _____ cm ESTADO CONYUGAL: _____
 AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD: ☐ IMSS ☐ ISSSTE ☐ PEMEX ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ Gob. Estatal ☐ Seguro Privado ☐ Se ignora ☐ Otro ☐ INSABI
 NÚM. AFILIACIÓN: _____ GRATUIDAD: ☐ SI ☒ NO ☐ b IMSS Bienestar ☐ Ninguna
 ¿SE CONSIDERA INDÍGENA? ☒ SI ☐ NO ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? ☐ SI ☒ NO ¿CUAL? _____
 Los menores de 5 años que sean hijos de alguna persona que se asuma indígena o hable alguna lengua indígena, serán considerados como tales.

DOMICILIO

TIPO DE LA VIALIDAD: _____ NOMBRE DE LA VIALIDAD: San Felipe NÚM. EXT.: _____ NÚM. INT.: _____
 TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO: _____ NOMBRE DE ASENTAMIENTO HUMANO: Oriental
 CÓDIGO POSTAL: _____ LOCALIDAD: Zacatlipán MUNICIPIO O ALCALDÍA: Tm. TELÉFONO: _____
 ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS: _____

EXPEDIENTE

INGRESO: 28/02/2021 TIPO DE SERVICIO: ☒ HOSPITALIZACIÓN (NORMAL) DE INGRESO: Suspecho covid 19
 EGRESO: 03/03/2021 CORTA ESTANCIA ☐ SEGUNDO: _____
 DE EGRESO: Wm TERCERO: _____
 ESTANCIA EN SERVICIOS DE APOYO: Terapia intensiva: _____ Días _____ Horas
 Terapia intermedia: _____ Días _____ Horas

PROCEDENCIA

☒ Consulta Externa ☐ Urgencias ☐ Referido _____ Unidad médica _____ Especificar CLUES _____
☐ Curación ☐ Mejoría ☐ Voluntaria ☐ Traslado a otra Unidad Médica _____ Especificar CLUES _____
☒ Defunción ☐ MINISTERIO PÚBLICO: ☐ SI ☒ NO FOLIO DEL CERTIFICADO: 210841175 ☐ Fuga ☐ Otro motivo: _____ Especificar _____

MUJER EN EDAD FÉRTIL

☐ Embarazo ☐ Puerperio (de 0 a 42 días después del parto) ☐ No estaba embarazada ni en puerperio

AFECCIONES TRATADAS (DIAGNÓSTICOS FINALES AL EGRESO. DEBE SER LLENADO POR EL MÉDICO RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN).

AFECCIÓN PRINCIPAL: ☐ Primera vez ☒ Subsecuente Suspecho covid 19

COMORBILIDADES

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____

RESELECCIÓN AF. P. _____ Código adicional: _____ Sólo para tumores _____

CAUSA EXTERNA (Especifique los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causan la lesión): _____

INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA: ☐ SI ☒ NO

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, TERAPÉUTICOS Y QUIRÚRGICOS:

En este apartado se deberán incluir ADEMÁS los procedimientos obstétricos materno - neonatal (parto en posición vertical, apego inmediato madre y neonato, acompañamiento psicoemocional, y manejo activo de tercer periodo del trabajo de parto).

ANESTESIA	QUIRÓFANO	CURP o CED. MÉDICO RESP. DEL PROCEDIMIENTO	CÓDIGO CIE - 9 MC
TIPO	DENTRO HH MM FUERA		
	1 : 2		
	1 : 2		
	1 : 2		
	1 : 2		
	1 : 2		
	1 : 2		
	1 : 2		
	1 : 2		

TIPO DE ANESTESIA: ☐ General ☐ Regional ☐ Sedación ☐ Local ☐ Combinada ☐ No usó

VIOLENCIA Y/O LESIÓN: ☐ SI ☒ NO

FOLIO DE LA HOJA DE LESIONES: _____

HISTORIA GINECOBISTÉLICA: Gestas _____ Abortos _____ Partos _____ Cesáreas _____

EDAD GESTACIONAL: _____ ¿EXTRACCIÓN O EXPULSIÓN? ☐ SI ☒ NO

TIPO DE ATENCIÓN: ☐ Aborto ☒ Parto

PRODUCTO DEL EMBARAZO: ☐ Implante subdérmico ☐ Dispositivo intrauterino ☐ Preservativo femenino ☐ Preservativo masculino ☐ DIU medicado ☐ Parche dérmico ☐ DIB ☐ Otros _____

TIPO PROCEDIMIENTO DE ABORTO: ☐ LUI ☐ AMEU ☐ Medicamento ☐ Único ☐ Gemelar

TIPO DE PARTO: ☐ Eutócico ☐ Distócico vaginal ☐ Cesárea ☐ Tres o más

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: ☐ Ninguna ☐ Hormonal oral ☐ Inyectable mensual ☐ Inyectable bimestral

DATOS DE LOS PRODUCTOS

CONDICIÓN AL NACIMIENTO	CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL EGRESAR LA MADRE		MUERTO	INICIAR FOLIOS DE CERTIFICADOS (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGÚN SEA EL CASO)	PARA TODO NACIDO VIVO			
	MUERTO FETAL	NACIDO VIVO			ALTA CON LA MADRE	HOSPITALIZADO	ARGAR A LOS 5 MIN.	REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA
1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8

TIPO DE UNIDAD: _____ Servicios: _____

HOSPITAL CONTINUO: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7

HOSPITAL PARCIAL: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7

UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE:

NOMBRE: _____ C.U.R.P.: _____ CÉDULA PROFESIONAL: _____ FIRMA: _____

Para uso exclusivo del personal codificador

Para uso exclusivo del personal codificador