



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

Modelo 2017.1

210842947

*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

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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Joel</u> Primer Apellido <u>Vartinez</u> Segundo Apellido <u>Moniz</u>			
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>02/06/1953</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>NANHS30602HSPKXLC</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: <u>067</u> Años cumplidos Para menores de un día: <u>067</u> Horas Para menores de un mes: <u>067</u> Días Para menores de un año: <u>067</u> Meses Para personas de un año o más: <u>067</u> Años cumplidos		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 type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera a los Charcos</u> 10.3 Núm. Exterior <u>37</u> 10.4 Núm. Interior <u>18570</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Emiliano Zapata</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>64000</u> 10.8 Localidad <u>Charcas</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>Charcas</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Comacarte</u> 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 <u>4371535004</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital Rural Bienestar 15 Charcas</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>51110000546</u>		14.3 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 14.4 Nombre de la vialidad <u>Carretera a los Charcos</u> 14.5 Núm. Exterior <u>37</u> 14.6 Núm. Interior <u>18570</u> 14.7 Tipo de asentamiento humano <u>Emiliano Zapata</u> 14.8 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 14.9 Código Postal <u>64000</u> 14.10 Localidad <u>Charcas</u> 14.11 Municipio o Alcaldía <u>Charcas</u> 14.12 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera a los Charcos</u> 15.3 Núm. Exterior <u>37</u> 15.4 Núm. Interior <u>18570</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Emiliano Zapata</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>64000</u> 15.8 Localidad <u>Charcas</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Charcas</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>05/03/2021</u> <u>17:24</u> Día Mes Año Horas Minutos	
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 PRACTICÓ 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</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Neumonía</u> b) <u>Suspección de infección SARS COV-2</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Diatetes Mellitos tipo 2</u> c) <u>Hipertensión Arterial Sistémica</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Hipertensión Arterial Sistémica</u> d) <u>Hipertensión Arterial Sistémica</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>24 hrs</u> Código CIE <u>0</u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>0</u>		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 <u>Calle</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera a los Charcos</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>37</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>18570</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Emiliano Zapata</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 22.7.7 Código Postal <u>64000</u> 22.7.8 Localidad <u>Charcas</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>Charcas</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Amestacio</u> Primer Apellido <u>Robio</u> Segundo Apellido <u>Amigo</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Amigo</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"/> *Especifique <u>General</u>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>7937778</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Dulce María</u> Primer Apellido <u>Alvarez</u> Segundo Apellido <u>Domínguez</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera a los Charcos</u> 29.3 Núm. Exterior <u>37</u> 29.4 Núm. Interior <u>18570</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Emiliano Zapata</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>64000</u> 29.8 Localidad <u>Charcas</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>Charcas</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u>0510312021</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>05/03/2021</u> Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <u>0</u> Libro Núm. <u>0</u> 31.1 Acta Núm. <u>0</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Charcas</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>Charcas</u> 32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día <u>05</u> Mes <u>03</u> Año <u>2021</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



DATOS TOMADOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION	1. DATOS DEL FALLECIDO(A)		Folio del certificado de defunción: 210842947	
	NOMBRE DEL FALLECIDO		JOEL MARTINEZ MUÑIZ	
	NOMBRE(S)		PATERNO MATERNO	
	SEXO	HOMBRE 1 1 MUJER 2 SE IGNORA 9	EDAD CUMPLIDA	MINUTOS HORAS DIAS MESES 0 6 7 SE IGNORA 9
	AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD:		FECHA DE LA DEFUNCION	
	NINGUNA 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 SEGURO POPULAR 7 OTRA 8		0 5 0 3 2 0 2 1	
	IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS OPORTUNIDADES 10 SE IGNORA 99		DIA MES AÑO	
	ESCOLARIDAD		BACHILLERATO O PREPARATORIA 11 PROFESIONAL 7 SE IGNORA 99	
	NINGUNA 1 PRIMARIA INCOMPLETA 2 SECUNDARIA INCOMPLETA 4 BACHILLERATO O PREPARATORIA 6 POSGRADO 10		PRE-ESCOLAR 12 PRIMARIA COMPLETA 3 SECUNDARIA COMPLETA 5	
	OCCUPACION HABITUAL		COMERCIANTE 99 CERTIFICADA POR MEDICO TRATANTE 1 MEDICO LEGISTA 2 OTRO MEDICO 3 PERSONAL AUTORIZADO POR SS 4	
LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL		LAZARO CARDENAS, 37, LOC. EMILIANO ZAPATA, 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		DULCE MARIA ALVAREZ DOMINGUEZ		
DATOS RESULTANTES DE LA INVESTIGACION EPIDEMIOLÓGICA	2. CAUSAS DE DEFUNCION		INTERVALO CODIGO CIE CAUSA BASICA	
	I		24 HORAS	
	a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA		10 DÍAS	
	b) NEUMONIA		10 DÍAS	
	c) SOSPECHA DE INFECCION SARS CoV-2		17 AÑOS	
	d) DIABETES MELLITUS 2		1 AÑO	
	II		HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	
	CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		COVID-19 CODIGO CIE	
	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		24 HORAS		
b) NEUMONIA		10 DÍAS		
c) INFECCION POR SARS COV-2		10 DÍAS		
d) DIABETES MELLITUS 2		17 AÑOS		
II		1 AÑO		
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA		USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL CODIFICADOR		
FECHA DE LA RECOLECCION		FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO		
0 5 0 3 2 1 D D M M A A		0 5 0 3 2 1 D D M M A A		
FECHA DE LA CONCLUSION		0 9 0 3 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		FIRMA		
COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA N HOSPITAL RURAL No. 15 IMSS BIENESTAR				
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		