



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO

210842947

210842947

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			2. FECHA DE NACIMIENTO			3. SEXO			4. ENTIDAD DE NACIMIENTO														
Jocel			02/06/1953			Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			San Luis Potosí														
Día Mes Año									Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)														
5. CURP			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			7. NACIONALIDAD			Se ignora <input type="radio"/> 9														
NANH530602HSPRXL00			Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2			Especifique														
8. EDAD CUMPLIDA			Para menores de una hora			Para menores de un día			Para menores de un mes														
			Minutos			Horas			Días														
Para menores de 28 días anote:			8.2 Semanas de gestación:			8.3 Peso (gramos):			9. ESTADO CONYUGAL														
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:									Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4														
									Divorciado(a) <input type="radio"/> 3														
									Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1														
									Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9														
10. RESIDENCIA HABITUAL			Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			10.1 Tipo de vialidad			10.2 Nombre de la vialidad														
37			Av. Emiliano Zapata			Calle			Av. Emiliano Zapata														
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 paratoria <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																				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			13.1 Número de seguridad social o afiliación																				
Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 ISSSTE <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6			IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10			Seguro Popular <input type="radio"/> 7			Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99														
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			14.1 Nombre de la unidad médica			14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99														
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9			PEMEX <input type="radio"/> 5 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8			Hospital Ruiz Bienestar IS Charcas			BIPIN 1000PS46														
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			15.1 Tipo de vialidad			15.2 Nombre de la vialidad			15.6 Nombre del asentamiento humano														
S/N			Barrio			a los charcos			Charcas														
15.3 Núm. Exterior			15.4 Núm. Interior			15.5 Tipo de asentamiento humano			15.10 Entidad federativa														
Charcas			Charcas			Chapinque			San Luis Potosí														
15.7 Código Postal			15.8 Localidad			15.9 Municipio o Alcaldía																	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?																	
05/03/2021 17:24			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														
Día Mes Año Horas Minutos																							
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE																				
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			21. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS?			22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			23. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?														
{ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica			21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4			22.1 Fue un presunto accidente Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? El parto <input type="radio"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5			22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2			21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		
{			21.2 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4			22.1 Fue un presunto accidente Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? El parto <input type="radio"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5			22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2			21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <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			22.7.1 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			22.7.11			22.7.12			22.7.13			22.7.14		
22.7.15			22.7.16			22.7.17			22.7.18			22.7.19			22.7.20			22.7.21			22.7.22		
22.7.23			22.7.24			22.7.25			22.7.26			22.7.27			22.7.28			22.7.29			22.7.30		
22.7.31			22.7.32			22.7.33			22.7.34			22.7.35			22.7.36			22.7.37			22.7.38		
22.7.39			22.7.40			22.7.41			22.7.42			22.7.43			22.7.44			22.7.45			22.7.46		
22.7.47			22.7.48			22.7.49			22.7.50			22.7.51			22.7.52			22.7.53			22.7.54		
22.7.55			22.7.56			22.7.57			22.7.58			22.7.59			22.7.60			22.7.61			22.7.62		
22.7.63			22.7.64			22.7.65			22.7.66			22.7.67			22.7.68			22.7.69			22.7.70		
22.7.71			22.7.72			22.7.73			22.7.74			22.7.75			22.7.76			22.7.77			22.7.78		
22.7.79			22.7.80			22.7.81			22.7.82			22.7.83			22.7.84			22.7.85			22.7.86		
22.7.87			22.7.88			22.7.89			22.7.90			22.7.91			22.7.92			22.7.93			22.7.94		
22.7.95			22.7.96			22.7.97			22.7.98			22.7.99			22.7.100			22.7.101			22.7.102		
22.7.103			22.7.104			22.7.105			22.7.106			22.7.107			22.7.108			22.7.109			22.7.110		
22.7.111			22.7.112			22.7.113			22.7.114			22.7.115			22.7.116			22.7.117			22.7.118		
22.7.119			22.7.120			22.7.121			22.7.122			22.7.123			22.7.124			22.7.125			22.7.126		
22.7.127			22.7.128			22.7.129			22.7.130			22.7.131			22.7.132			22.7.133			22.7.134		
22.7.135			22.7.136			22.7.137			22.7.138			22.7.139			22.7.140			22.7.141			22.7.142		
22.7.143			22.7.144			22.7.145			22.7.146			22.7.147			22.7.148			22.7.149			22.7.150		
22.7.151			22.7.152			22.7.153			22.7.154			22.7.155			22.7.156			22.7.157			22.7.158		
22.7.159			22.7.160			22.7.161			22.7.162			22.7.163			22.7.164			22.7.165			22.7.166		
22.7.167			22.7.168			22.7.169			22.7.170			22.7.171			22.7.172			22.7.173			22.7.174		
22.7.175			22.7.176			22.7.177			22.7.178			22.7.179			22.7.180			22.7.181			22.7.182		
22.7.183			22.7.184			22.7.185			22.7.186			22.7.187			22.7.188			22.7.189			22.7.190		
22.7.191			22.7.192			22.7.193			22.7.194			22.7.195			22.7.196			22.7.197			22.7.198		
22.7.199			22.7.200			22.7.201			22.7.202			22.7.203			22.7.204			22.7.205			22.7.206		
22.7.207			22.7.208			22.7.209			22.7.210			22.7.211			22.7.212			22.7.213			22.7.214		
22.7.215			22.7.216			22.7.217			22.7.218			22.7.219			22.7.220			22.7.221			22.7.222		
22.7.223			22.7.224			22.7.225			22.7.226			22.7.227			22.7.228			22.7.229			22.7.230		
22.7.231			22.7.232			22.7.233			22.7.234			22.7.235			22.7.236			22.7.237			22.7.238		
22.7.239			22.7.240			22.7.241			22.7.242			22.7.243			22.7.244			22.7.245			22.7.246		
22.7.247			22.7.248			22.7.249			22.7.250			22.7.251			22.7.252			22.7.253			22.7.254		
22.7.255			22.7.256			22.7.257			22.7.258			22.7.259			22.7.260			22.7.261			22.7.262		
22.7.263			22.7.264			22.7.265			22.7.266			22.7.267			22.7.268			22.7.269			22.7.270		
22.7.271			22.7.272			22.7.273			22.7.274			22.7.275			22.7.276			22.7.277			22.7.278		
22.7.279			22.7.280			22.7.281			22.7.282			22.7.283			22.7.284			22.7.285			22.7.286		
22.7.287			22.7.288			22.7.289			22.7.290			22.7.291			22.7.292			22.7.293			22.7.294		
22.7.295			22.7.296			22.7.297			22.7.298			22.7.299			22.7.300			22.7.301			22.7.302		
22.7.303			22.7.304			22.7.305			22.7.306			22.7.307			22.7.308			22.7.309			22.7.310		
22.7.311			22.7.312			22.7.313			22.7.314			22.7.315			22.7.316			22.7.317			22.7.318		
22.7.319			22.7.320			22.7.321			22.7.322			22.7.323			22.7.324			22.7.325			22.7.326		
22.7.327			22.7.328			22.7.329			22.7.330			22.7.331			22.7.332			22.7.333			22.7.334		
22.7.335			22.7.336			22.7.337			22.7.338			22.7.339			22.7.340			22.7.341			22.7.342		
22.7.343			22.7.344			22.7.345			22.7.346			22.7.347			22.7.348			22.7.349			22.7.350		
22.7.351			22.7.352			22.7.353			22.7.354			22.7.355			22.7.356			22.7.357			22.7.358		
22.7.359			22.7.360			22.7.361			22.7.362			22.7.363			22.7.364			22.7.365			22.7.366		
22.7.367			22.7.368			22.7.369			22.7.370			22.7.371			22.7.372			22.7.373			22.7.374		
22.7.375			22.7.376			22.7.377			22.7.378			22.7.379			22.7.380			22.7.381			22.7.382		
22.7.383			22.7.384			22.7.385			22.7.386			22.7.387			22.7.388			22.7.389			22.7.390		
22.7.391			22.7.392			22.7.393			22.7.394			22.7.395			22.7.396			22.7.397			22.7.398		
22.7.399			22.7.400			22.7.401			22.7.402			22.7.403			22.7.404			22.7.405			22.7.406		
22.7.407			22.7.408			22.7.409			22.7.410			22.7.411			22.7.412			22.7.413			22.7.414		
22.7.415			22.7.416			22.7.417			22.7.418			22.7.419			22.7.420			22.7.421			22.7.422		
22.7.423			22.7.424			22.7.425			22.7.426			22.7.427			22.7.428			22.7.429			22.7.430		
22.7.431			22.7.432			22.7.433			22.7.434			22.7.435			22.7.436			22.7.437			22.7.438		
22.7.439			22.7.440			22.7.441			22.7.442			22.7.443			22.7.444			22.7.445			22.7.446		
22.7.447			22.7.448			22.7.449			22.7.450			22.7.451			22.7.452			22.7.453			22.7.454		
22.7.455			22.7.456			22.7.457			22.7.458			22.7.459			22.7.460			22.7.461			22.7.462		
22.7.463			22.7.464			22.7.465			22.7.466			22.7.467			22.7.468			22.7.469			22.7.470		
22.7.471			22.7.472			22.7.473																	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a 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					JOEL		MARTINEZ			MUÑIZ		
	NOMBRE(S)				PATERNO					MATERNO			
	SEXO	HOMBRE <input type="checkbox"/> 1	MUJER <input type="checkbox"/> 2	SE IGNORA <input type="checkbox"/> 9	EDAD CUMPLIDA	MINUTOS	HORAS	DIAS	MESES	0 6 7	AÑOS	SE IGNORA <input type="checkbox"/> 9	
	AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD:												
	NINGUNA <input type="checkbox"/> 1	ISSTE <input type="checkbox"/> 3	SEDENA <input type="checkbox"/> 5	SEGURIDAD POPULAR <input type="checkbox"/> 7	OTRA <input type="checkbox"/> 8	FECHA DE LA DEFUNCIÓN							
	IMSS <input checked="" type="checkbox"/> 2	PEMEX <input type="checkbox"/> 4	SEMAR <input type="checkbox"/> 6	IMSS OPORTUNIDADES <input type="checkbox"/> 10	SE IGNORA <input type="checkbox"/> 99	0 5	0 3	2 0 2 1	DIA	MES	ANO		
	ESCOLARIDAD	NINGUNA <input type="checkbox"/> 1	PRIMARIA INCOMPLETA <input type="checkbox"/> 2	SECUNDARIA INCOMPLETA <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	PRIMARIA COMPLETA <input type="checkbox"/> 3	SECUNDARIA COMPLETA <input type="checkbox"/> 5	BACHILLERATO O PREPARATORIA <input type="checkbox"/> 6	POSGRADO <input type="checkbox"/> 10								
	OCCUPACIÓN HABITUAL					COMERCIANTE	○ 99	CERTIFICADA POR	MEDICO TRATANTE <input type="checkbox"/> 1	MEDICO LEGISTA <input type="checkbox"/> 2	OTRO MEDICO <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													
LAZARO CARDENAS, 37, LOC. EMILIANO ZAPATA, CHACAS MUNICIPIO					SAN LUIS POTOSÍ ENTIDAD FEDERATIVA								
LUGAR DE DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN													
HOSPITAL RURAL No. 15 IMSS, CHACAS MUNICIPIO					SAN LUIS POTOSÍ ENTIDAD FEDERATIVA								
NOMBRE DEL CERTIFICANTE													
DULCE MARÍA ALVAREZ DOMINGUEZ													
2. CAUSAS DE DEFUNCIÓN													
I	a) <input type="checkbox"/>	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA				INTERVALO		CÓDIGO CIE		CAUSA BÁSICA			
	a) <input type="checkbox"/>					24 HORAS							
	b) <input type="checkbox"/>	NEUMONIA				10 DÍAS							
	c) <input type="checkbox"/>	SOSPECHA DE INFECCIÓN SARS COV-2				10 DÍAS							
II	d) <input type="checkbox"/>	DIABETES MELLITUS 2				17 AÑOS							
		HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA				1 AÑO							
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA					COVID-19								
					CÓDIGO CIE								
3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA													
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA					COVID-19							RATIFICA	RECTIFICA
												X	
I	a) <input type="checkbox"/>	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA				INTERVALO		CÓDIGO CIE		CAUSA BÁSICA			
	a) <input type="checkbox"/>					24 HORAS							
	b) <input type="checkbox"/>	NEUMONIA				10 DÍAS							
	c) <input type="checkbox"/>	INFECCIÓN POR SARS COV-2				10 DÍAS							
II	d) <input type="checkbox"/>	DIABETES MELLITUS 2				17 AÑOS							
		HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA				1 AÑO							
FECHA DE LA RECOLECCIÓN					0 5 0 3 2 1	D D M M A A	FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO	0 5 0 3 2 1	D D M M A A	FECHA DE LA CONCLUSIÓN	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 INVESTIGACIÓN					ROGELIO		IPÍÑA		LIÑÁN				
					NOMBRE		PATERNO		MATERNO				
CARGO					COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN 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		

DATOS DEL INEGI

TODOS LOS DATOS ESTAN EN FORMA DE TABLA, SE PUEDE REVISAR EN EL PDF.