



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

Modelo 2017.1

FOLIO

210842948

*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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) David Corpus Mata Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido					
2. FECHA DE NACIMIENTO 03/12/1973 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP L10MD1431E121013H51PR1V1051 Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99 Otra <input type="radio"/> 2 → 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: 07/7 Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 99		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad: Calle 10.2 Nombre de la vialidad: Hidalgo 10.3 Núm. Exterior: 781920 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: Venados 10.6 Nombre del asentamiento humano: Venados 10.7 Código Postal: 10.8 Localidad: Venados 10.9 Municipio o Alcaldía: San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero):					
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 12.2 Ocupación seleccionada es: ALBAÑIL			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación: 4184703001			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de la S. Churús 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 1311010105416		14.3 Tipo de vialidad: 14.4 Nombre de la vialidad: 14.5 Tipo de asentamiento humano: 14.6 Nombre del asentamiento humano:			
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 17/10/17 Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? No <input checked="" type="radio"/> 2
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) Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? No <input checked="" type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? No <input checked="" type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		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:		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
23. NOMBRE Luz María Guadalupe Valdez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique: 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 10444119	
27. NOMBRE Leonardo Hilda Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA 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 15/12/17 Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 31.1 Acta Núm. Libro Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: 32.2 Municipio o Alcaldía: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día: Mes: Año:			

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

1. DATOS DEL FALLECIDO(A)

DAVID

NOMBRE(S)

CORPUS

PATERNO

MATA

MATERNO

SEXO

HOMBRE

X1

1

MUJER

2

SE IGNORA

9

EDAD CUMPLIDA

MINUTOS

HORAS

DÍAS

MESES

0

7

7

AÑOS

SE IGNORA

9

AFIILIACION A SERVICIOS DE SALUD:

NINGUNA

1

ISSSTE

3

SEDENA

5

SEGURO POPULAR

7

OTRA

8

FECHA DE LA DEFUNCION

1

5

0

3

2

0

2

1

DIA

MES

AÑO

IMSS

X2

PEMEX

4

SEMAR

6

IMSS OPORTUNIDADES

10

SE IGNORA

99

ESCOLARIDAD

NINGUNA

1

PRIMARIA INCOMPLETA

2

SECUNDARIA INCOMPLETA

4

BACHILLERATO O PREPARATORIA

11

PROFESIONAL

7

SE IGNORA

99

PRE-ESCOLAR

12

PRIMARIA COMPLETA

X3

SECUNDARIA COMPLETA

5

BACHILLERATO O PREPARATORIA

6

POSGRADO

10

OCCUPACION HABITUAL

ALBAÑIL

99

CERTIFICADA POR

MEDICO TRATANTE

1

MEDICO LEGISTA

2

OTRO MEDICO

X3

PERSONAL AUTORIZADO POR SS

4

AUTORIDAD CIVIL

5

OTRO

8

LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL

HIDALGO No. 127 COL. CENTRO, LOC. VENADO

MUNICIPIO

SAN LUIS POTOSÍ

ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR DE DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION

HOSPITAL RURAL No. 15 IMSS, CHARCAS

MUNICIPIO

SAN LUIS POTOSÍ

ENTIDAD FEDERATIVA

NOMBRE DEL CERTIFICANTE

LEONARDO MIGUEL MEJÍA ESQUIVIAS

2. CAUSAS DE DEFUNCION

I

a)

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA TIPO 1 GRAVE

INTERVALO

CODIGO CIE

CAUSA BASICA

b)

NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

18 DÍAS

CAUSA BASICA

c)

POSIBLE INFECCIÓN POR SARS CoV-2

18 DÍAS

CAUSA BASICA

d)

CAUSA BASICA

II

OBESIDAD

CAUSA BASICA

CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

COVID-19

CODIGO CIE

3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

COVID-19

RATIFICA

RECTIFICA

I

a)

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA TIPO 1 GRAVE

INTERVALO

CODIGO CIE

CAUSA BASICA

b)

NEUMONIA

18 DÍAS

CAUSA BASICA

c)

INFECCIÓN POR SARS COV-2

18 DÍAS

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL CODIFICADOR

d)

CAUSA BASICA

II

OBESIDAD

CAUSA BASICA

FECHA DE LA RECOLECCION

1

5

0

3

2

1

D

D

M

M

A

A

FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO

1

5

0

3

2

1

D

D

M

M

A

A

FECHA DE LA CONCLUSIÓN

1

8

0

3

2

1

D

D

M

M

A

A

REPORTA A INEGI / SS

D

D

M

M

A

A

OBSERVACIONES

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION

ROGELIO

IPÍÑA

LIÑÁN

CARGO

COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA N HOSPITAL RURAL No. 15 IMSS BIENESTAR

PATERNO

MATERNO

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