



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017.1

210842948

210842948

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) <i>David</i>		Primer Apellido <i>Mata</i>		Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO		Día <i>03</i>	Mes <i>11</i>	Año <i>1943</i>	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	<i>San Luis Potosí</i>
5. CURP		<i>LCOMID4311203H5PRIVD05</i>		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
				Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	8.3 Peso (gramos):	
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	8.2 Semanas de gestación:	
Para menores de 28 días anote:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad		
		<i>Calle</i>		<i>Calle</i>		<i>Calle</i>		
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano		
<i>7181920</i>				<i>Vivienda</i>		<i>Vivienda</i>		
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
<i>71250</i>		<i>Chalco</i>		<i>Chalco</i>		<i>San Luis Potosí</i>		
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	Completa <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	
		<i>O12</i>	<i>O3</i>	<i>O5</i>	<i>O1</i>	<i>Incompleta O2</i>	<i>Agricultor O1</i>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	Seguro Popular <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
		<i>O2</i>	<i>O4</i>	<i>O6</i>	<i>O7</i>	<i>SEPTIMO DIA 15416</i>	<i>418470200111144208</i>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Otra unidad pública <input type="radio"/>	Unidad médica privada <input type="radio"/>	Hospital General Mixto Chalco	Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/>	Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
		<i>O1</i>	<i>O3</i>	<i>O7</i>	<i>O8</i>	<i>O11</i>	<i>O12</i>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad					
		<i>SIN</i>	<i>Chalco</i>					
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano				
<i>71250</i>			<i>Vivienda</i>	<i>Vivienda</i>				
15.7 Código Postal		15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa				
<i>71250</i>		<i>Chalco</i>	<i>Chalco</i>	<i>San Luis Potosí</i>				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Fecha	16.2 Hora	16.3 Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
		<i>15 03 2011</i>	<i>16 00</i>	<i>00</i>	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		
		<i>Lactancia</i>		<i>Debido a (o como consecuencia de)</i>		<i>Código CIE</i>		
		<i>Debido a (o como consecuencia de)</i>		<i>Debido a (o como consecuencia de)</i>		<i>Debido a (o como consecuencia de)</i>		
Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo								
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>		El parto <input type="radio"/> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto accidente, homicidio o suicidio		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		
Accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/>		Homicidio <input type="radio"/>		Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>		
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:						22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
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				
		<i>SIN</i>						
22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano		
<i>71250</i>				<i>Vivienda</i>		<i>Vivienda</i>		
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa		
<i>71250</i>		<i>Chalco</i>		<i>Chalco</i>		<i>San Luis Potosí</i>		
23. NOMBRE		Nombre(s) <i>Laura María Gutiérrez</i>		Primer Apellido <i>Valdez</i>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>		Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
						Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE		Nombre(s) <i>Laura María Gutiérrez</i>		Primer Apellido <i>Valdez</i>		28. FIRMA		
						<i>Laura María Gutiérrez</i>		
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		
		<i>SIN</i>		<i>SIN</i>		<i>SIN</i>		
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.4 Núm. Interior		
<i>Chalco</i>		<i>71250</i>		<i>Chalco</i>		<i>San Luis Potosí</i>		
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		29.5 Tipo de asentamiento humano		
<i>Chalco</i>		<i>San Luis Potosí</i>		<i>SIN</i>		<i>SIN</i>		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		34. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
		32.1 Localidad						
Núm. _____, Libro Núm. _____								
31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o Alcaldía		33.2 Entidad federativa		34.2 Entidad federativa		
31.2 Acta Núm. _____		32.3 Entidad federativa		33.3 Municipio o Alcaldía		34.3 Municipio o Alcaldía		
31.3 Acta Núm. _____		32.4 Dia		33.4 Dia		34.4 Dia		
		Mes		Mes		Mes		
31.4 Acta Núm. _____		32.5 Mes		33.5 Mes		34.5 Mes		
		Año		Año		Año		

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

DATOS TOMADOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	1. DATOS DEL FALLECIDO(A)											
	NOMBRE DEL FALLECIDO		DAVID			CORPUS						
	SEXO		HOMBRE <input checked="" type="checkbox"/> 1	MUJER <input type="checkbox"/> 2	SE IGNORA <input type="radio"/> 9	EDAD CUMPLIDA	MINUTOS	HORAS	DÍAS	MESES	0 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 7 AÑOS	
	AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD:		SEDENA <input type="radio"/> 5	SEGURO POPULAR <input type="radio"/> 7	OTRA <input type="radio"/> 8	FECHA DE LA DEFUNCIÓN						
	ESCOLARIDAD		IMSS <input checked="" type="checkbox"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS OPORTUNIDADES <input type="radio"/> 10	SE IGNORA <input type="radio"/> 99	1 <input type="checkbox"/> 5 DIA	0 <input type="checkbox"/> 3 MES	2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 AÑO		
	OCCUPACIÓN HABITUAL		NINGUNA <input type="radio"/> 1	PRIMARIA INCOMPLETA <input type="radio"/> 2	SECUNDARIA INCOMPLETA <input type="radio"/> 4	BACHILLERATO O PREPARATORIA <input type="radio"/> 11	PROFESIONAL <input type="radio"/> 7	SE IGNORA <input type="radio"/> 99	PERSONAL AUTORIZADO			
	LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL		PRE-ESCOLAR <input type="radio"/> 12	PRIMARIA COMPLETA <input type="checkbox"/> 3	SECUNDARIA COMPLETA <input type="radio"/> 5	BACHILLERATO O PREPARATORIA <input type="radio"/> 6	POSGRADO <input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 99 CERTIFICADA POR	MÉDICO TRATANTE <input type="radio"/> 1	MÉDICO LEGISTA <input type="radio"/> 2	OTRO MEDICO <input checked="" type="checkbox"/> 3 POR SS	
	LUGAR DE DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		HIDALGO No. 127 COL. CENTRO, LOC. VENADO MUNICIPIO	HOSPITAL RURAL No. 15 IMSS, CHARCAS MUNICIPIO	SAN LUIS POTOSÍ ENTIDAD FEDERATIVA							
	NOMBRE DEL CERTIFICANTE		LEONARDO MIGUEL MEJÍA ESQUIVIAS									
	DATOS RESULTANTES DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA	2. CAUSAS DE DEFUNCIÓN										
a) <input type="checkbox"/>		INSUFICIENCIA RESPIRATORIA TIPO 1 GRAVE						INTERVALO	CÓDIGO CIE	CAUSA BÁSICA		
b) <input type="checkbox"/>		NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD						18 DÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c) <input type="checkbox"/>		POSIBLE INFECCIÓN POR SARS CoV-2						18 DÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d) <input type="checkbox"/>		OBESIDAD						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		COVID-19										
3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA		COVID-19								RATIFICA	RECTIFICA	
a) <input type="checkbox"/>		INSUFICIENCIA RESPIRATORIA TIPO 1 GRAVE						INTERVALO	CÓDIGO CIE	CAUSA BÁSICA	X	
b) <input type="checkbox"/>		NEUMONIA						18 DÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c) <input type="checkbox"/>		INFECCIÓN POR SARS COV-2						18 DÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL CODIFICADOR	
d) <input type="checkbox"/>	OBESIDAD						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
FECHA DE LA RECOLECCIÓN	1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 D D M M A A	FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO	1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 D D M M A A	FECHA DE LA CONCLUSIÓN	1 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 D D M M A A							
REPORTE A INEGI / SS	<input type="checkbox"/> D D M M A A											
OBSERVACIONES												
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN	ROGELIO NOMBRE			IPIÑA PATERNO	LÍÑAN 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			