



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

Modelo 2017.1

FOLIO

210845156

*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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Ramón</u> Primer Apellido <u>Lozano</u> Segundo Apellido <u>Ramírez</u>			
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>25</u> Mes <u>11</u> Año <u>1933</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>RLN28331125459PISM03</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: _____ 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: <u>83</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>		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 checked="" 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>Miguel Alemán</u> 10.3 Núm. Exterior <u>113</u> 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbano</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis</u> 10.7 Código Postal <u>67000</u> 10.8 Localidad <u>San Luis</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>México</u>			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>4199330067414732</u>	
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"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>HC IS</u> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>010101005416</u> Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	

DE LA DEFUNCIÓN

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Chavez</u> 15.3 Núm. Exterior <u>205012</u> 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbano</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis</u> 15.7 Código Postal <u>67000</u> 15.8 Localidad <u>San Luis</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis</u> 15.10 Entidad federativa <u>México</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>02</u> Mes <u>04</u> Año <u>2017</u> Horas <u>11</u> Minutos <u>00</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <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, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Infarto miocárdico</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ b) <u>Neumopatía crónica</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ c) <u>Enfermedad renal</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ 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 <u>3 hrs</u> Código CIE <u>I25.0</u> Uso exclusivo del personal codificador				20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>I25.0</u> Uso exclusivo del personal codificador	
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"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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 checked="" 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) <u>Conocido</u>	
22.5 La defunción fue registrada en el Registro Público con el acta número: <u>2017</u>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>Al caminar por la calle</u>			
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>Chavez</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>205012</u> 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbano</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis</u> 22.7.7 Código Postal <u>67000</u> 22.7.8 Localidad <u>San Luis</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>México</u>					

DEL INF.

23. NOMBRE Nombre(s) <u>Ramón</u> Primer Apellido <u>Lozano</u> Segundo Apellido <u>Ramírez</u>	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Padre</u>
--	--

DEL CERTIFICANTE

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 _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>10746969</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Ramón</u> Primer Apellido <u>Lozano</u> Segundo Apellido <u>Ramírez</u>		28. FIRMA <u>Ramón Lozano Ramírez</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Chavez</u> 29.3 Núm. Exterior <u>205012</u> 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbano</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis</u> 29.7 Código Postal <u>67000</u> 29.8 Localidad <u>San Luis</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis</u> 29.10 Entidad federativa <u>México</u> 29.11 Teléfono <u>3615197</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>02</u> Mes <u>04</u> Año <u>2017</u>	

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ 31.1 Acta 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

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: 210845156									
	NOMBRE DEL FALLECIDO		RAMÓN LÓPEZ RÍOS					NOMBRE(S) PATERNO MATERNO				
	SEXO	HOMBRE 1 1 MUJER 2 SE IGNORA 9	EDAD CUMPLIDA	MINUTOS	HORAS	DÍAS	MESES	AÑOS	0 8 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 2 0 4 2 0 2 1			
	IMSS X2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS OPORTUNIDADES 10 SE IGNORA 99								DIA MES AÑO			
	ESCOLARIDAD		NINGUNA 1 PRIMARIA INCOMPLETA X 2 SECUNDARIA INCOMPLETA 4 BACHILLERATO O PREPARATORIA 11 PROFESIONAL 7 SE IGNORA 99									
	PRE-ESCOLAR 12 PRIMARIA COMPLETA 3 SECUNDARIA COMPLETA 5 BACHILLERATO O PREPARATORIA 6 POSGRADO 10											
	OCUPACION HABITUAL		MINERO									
	LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL		CAPITÁN MIGUEL CALDERA 113, COL. LA CLAVELLINA, CHARCAS 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		KEVIN IBARRA MONTIEL										
DATOS RESULTANTES DE LA INVESTIGACION EPIDEMIOLÓGICA	2. CAUSAS DE DEFUNCION		INTERVALO		CODIGO CIE		CAUSA BASICA					
	I		3 HORAS									
	a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA											
	b) NEUMONIA VIRAL		3 DÍAS									
	c) PROBABLE COVID -19		3 DÍAS									
	d)											
	II											
	CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		COVID-19									
DATOS DEL INEGI	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		3 HORAS									
	b) NEUMONIA VIRAL		3 DÍAS									
	c) INFECCIÓN POR SARS COV-2		3 DÍAS									
	d)											
	II											
	FECHA DE LA RECOLECCION		0 2 0 4 2 1		FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO		0 2 0 4 2 1		FECHA DE LA CONCLUSIÓN		0 5 0 4 2 1	
D D M M A A		D D M M A A		D D M M A A		D D M M A A		D D M M A A		D D M M A A		
REPORTE A INEGI / SS		D D M M A A										
OBSERVACIONES												
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION		ROGELIO NOMBRE		IPIÑA PATERNO		LIÑÁN MATERNO						
CARGO		COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA 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				