



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

Modelo 2017.1

FOLIO

210845156

210845156 210845156 210845156 210845156 210845156 210845156 210845156

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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 POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP L H A R I S S I / 1 2 9 4 5 9 P M M	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="radio"/> 99	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 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 Años cumplidos
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 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	10.2 Nombre de la vialidad			
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 Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10	Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 SEMAR <input type="radio"/> 8 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 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 Día Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
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	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte			
a) Debido a (o como consecuencia de)				
b) Debido a (o como consecuencia de)				
c) Debido a (o como consecuencia de)				
d) Debido a (o como consecuencia de)				
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: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses <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? Sí <input type="radio"/> 1 No <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	Uso exclusivo del personal codificador 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
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? 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 <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área industrial <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Granja <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			
23.7 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	
23. NOMBRE Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Personas autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5	Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE 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 Número del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono	Día Mes Año
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO 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
31.1 Acta Núm.	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 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD



210845156

DEL REG. CIVIL

DATOS TOMADOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	1. DATOS DEL FALLECIDO(A)										
	NOMBRE DEL FALLECIDO					Folio del certificado de defunción: 210845156					
	SEXO	HOMBRE <input type="checkbox"/> 1	MUJER <input type="checkbox"/> 2	RAMÓN NOMBRE(S)	LÓPEZ PATERNO	RIOS MATERNO					
	SE IGNORA <input type="radio"/> 9	EDAD CUMPLIDA <input type="checkbox"/> MINUTOS	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 7	SE IGNORA <input type="radio"/> 9	FECHA DE LA DEFUNCIÓN				
	NINGUNA <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="checkbox"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	SEGURA POPULAR <input type="radio"/> 7	OTRA <input type="radio"/> 8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
	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	<input type="checkbox"/> DIA	<input type="checkbox"/> MES	<input type="checkbox"/> AÑO			
	ESCOLARIDAD	NINGUNA <input type="radio"/> 1	INCOMPLETA <input type="radio"/> 2	PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> BACHILLERATO O PREPARATORIA <input type="radio"/> 11	PROFESIONAL <input type="checkbox"/> 7	SE IGNORA <input type="radio"/> 99					
	PRE-ESCOLAR <input type="radio"/> 12	COMPLETA <input type="radio"/> 3	SECUNDARIA COMPLETA <input type="radio"/> 5	BACHILLERATO O PREPARATORIA <input type="radio"/> 6	POSGRADO <input type="radio"/> 10						
	MINERO					<input type="checkbox"/> 99	CERTIFICADA POR	MÉDICO <input type="radio"/> 1	MÉDICO <input type="radio"/> 2	OTRO <input type="radio"/> 3	PERSONAL AUTORIZADO <input type="radio"/> 4
							AUTORIDAD CIVIL <input type="radio"/> 5	LEGISTA <input type="radio"/> 2	MÉDICO <input type="radio"/> 1	OTRO <input type="radio"/> 8	
LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL											
CAPITÁN MIGUEL CALDERA 113, COL. LA CLAVELLINA, CHARCAS					SAN LUIS POTOSÍ						
MUNICIPIO					ENTIDAD FEDERATIVA						
LUGAR DE DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN											
HOSPITAL RURAL No. 15 IMSS, CHARCAS					SAN LUIS POTOSÍ						
MUNICIPIO					ENTIDAD FEDERATIVA						
NOMBRE DEL CERTIFICANTE											
KEVIN IBARRA MONTIEL											
2. CAUSAS DE DEFUNCIÓN											
I	a)	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA					INTERVALO	CÓDIGO CIE	CAUSA BÁSICA		
	b)	NEUMONÍA VIRAL					<input type="checkbox"/> 3 HORAS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1		
	c)	PROBABLE COVID-19					<input type="checkbox"/> 3 DÍAS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1		
	d)						<input type="checkbox"/> 3 DÍAS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1		
II							<input type="checkbox"/> 3 DÍAS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1		
							<input type="checkbox"/> 3 DÍAS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1		
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA					COVID-19					<input type="checkbox"/> CODIGO CIE	
3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA											
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA										RATIFICA <input type="checkbox"/> X	
I	a)	COVID-19					INTERVALO	CÓDIGO CIE	CAUSA BÁSICA		
	b)						<input type="checkbox"/> 3 HORAS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1		
	c)	INFECCIÓN POR SARS COV-2					<input type="checkbox"/> 3 DÍAS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1		
	d)						<input type="checkbox"/> 3 DÍAS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1		
II							<input type="checkbox"/> 3 DÍAS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1		
							<input type="checkbox"/> 3 DÍAS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1		
FECHA DE LA RECOLECCION		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	FECHA DE LA CONCLUSIÓN		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1			
REPORTE A INEGI / SS		D D M M A A			D D M M A A			D D M M A A			
OBSERVACIONES											
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION					ROGELIO NOMBRE	IPÍÑA PATERNO	LIRIÁN 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			MATERO		
									FIRMA		