



41796012064
24195308

SECRETARÍA DE SALUD SINBA
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

362 212248132

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

255601252110

*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



212248132

1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Jacinto</u> <u>Martínez</u> <u>Ramón</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>Hidalgo</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>18</u> Mes <u>11</u> Año <u>1953</u>		5. CURP <u>IMIAIR19531118111519IRIMF1953</u>		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"/> Extranjera <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>67</u> Para menores de un día: Horas <u>1</u> Para menores de un mes: Días <u>1</u> Para menores de un año: Meses <u>1</u> Para personas de un año o más: Años <u>67</u>		9. ESTADO CONYUGAL Separado/a <input type="radio"/> Viudo/a <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoto el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>Ayotlán</u> <u>Hidalgo</u> 10.1 Tipo de vivienda: <u>57</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>57</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>79191710</u> 10.4 Núm. Interior: <u>Matlaca</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Matlaca</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal: <u>79191710</u> 10.8 Localidad: <u>Matlaca</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>Matlaca</u> 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <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 12.1 Trabajador <input type="radio"/> 12.2 No trabajador <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <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"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>79191710</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Matlaca</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>79191710</u> 15.4 Núm. Interior: <u>Matlaca</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Matlaca</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal: <u>79191710</u> 15.8 Localidad: <u>Matlaca</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>Matlaca</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>08</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u> Horas <u>11</u> Minutos <u>05</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoto una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Síndrome inflamatorio multisistémico asociado a COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>COVID-19</u> 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 mortuorio que la produjo		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>U071</u>		21. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Fue un presunto Embarazo <input type="radio"/> 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"/>		23. 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 type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 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. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 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	
24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Jacinto</u> <u>Martínez</u> <u>Ramón</u>		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"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>914</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Jacinto</u> <u>Martínez</u> <u>Ramón</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>79191710</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Matlaca</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>79191710</u> 29.4 Núm. Interior: <u>Matlaca</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Matlaca</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal: <u>79191710</u> 29.8 Localidad: <u>Matlaca</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>Matlaca</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u>79191710</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>08</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>79191710</u> Libro Núm. <u>Matlaca</u> 31.1 Acta Núm. <u>79191710</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>Matlaca</u> 32.2 Municipio o Alcaldía: <u>Matlaca</u> 32.3 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día: <u>08</u> Mes: <u>10</u> Año: <u>2021</u>	

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

Anexo 8

SECRETARÍA 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)

Folio del certificado de defunción:

212248132

NOMBRE DEL FALLECIDO

JACINTO

MARTINEZ

RAMON

NOMBRE(S)

PATERNO

MATERNO

SEXO ☒ 1 HOMBRE 1 MUJER 2 SE IGNORA ☐ 9 EDAD CUMPLIDA MINUTOS HORAS DIAS MESES AÑOS ☒ 6 ☒ 7 SE IGNORA ☐ 9

AFLIACION A SERVICIOS DE SALUD:

NINGUNA ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 SEGURO POPULAR ☐ 7 OTRA ☐ 8
IMSS ☒ PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS OPORTUNIDADES ☐ 10 SE IGNORA ☐ 99

FECHA DE LA DEFUNCION

☒ 8 ☒ 8 2021
DIA MES AÑO

ESCOLARIDAD

NINGUNA ☐ 1 PRIMARIA INCOMPLETA ☐ 2 SECUNDARIA INCOMPLETA ☐ 4 BACHILLERATO O PREPARATORIA INCOMPLETA ☐ 11 PROFESIONAL ☐ 7 SE IGNORA ☐ 99
PRE-ESCOLAR ☐ 12 PRIMARIA COMPLETA ☒ 3 SECUNDARIA COMPLETA ☐ 5 BACHILLERATO O PREPARATORIA COMPLETA ☐ 6 POSGRADO ☐ 10

Ocupacion Habitual

PENSIONADO

☐ 99 CERTIFICADA POR MEDICO TRATANTE ☐ 1 MEDICO LEGISTA ☐ 2 OTRO MEDICO ☒ 3 PERSONAL AUTORIZADO POR SS ☐ 4
AUTORIDAD CIVIL ☐ 5 OTRO ☐ 8

LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL

MATLAPA

SAN LUIS POTOSI

MUNICIPIO

ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR DE DONDE OCURRIO LA DEFUNCION

CIUDAD VALLES

SAN LUIS POTOSI

MUNICIPIO

ENTIDAD FEDERATIVA

NOMBRE DEL CERTIFICANTE

JORGE ADOLFO HERRERA GÓMEZ

2. CAUSAS DE DEFUNCIÓN

I

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

INTERVALO

24 HORAS

CODIGO CIE

J960

CAUSA BASICA

U07.1

SINDROME INFLAMATORIO MULTISISTEMICO ASOCIADO A COVID - 19

4 DÍAS

U10.9

COVID - 19

8 DÍAS

U10.9

COVID - 19

8 DIAS

U10.9

II

CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

COVID - 19

U07.1

CODIGO CIE

3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

COVID - 19

RATIFICA

☒

RECTIFICA

☐

I

a)

SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIO DEL ADULTO

INTERVALO

3 DIAS

CODIGO CIE

J80X

CAUSA BASICA

U07.1

b)

NEUMONIA VIRAL

8 DÍAS

J12.9

c)

COVID - 19

14 DÍAS

U07.1

d)

DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA

10 AÑOS

E14.9

HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

15 AÑOS

I10X

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL CODIFICADOR

FECHA DE LA RECOLECCION

☒ 8 ☒ 8 2021
D D M M A A

FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO

☒ 11 ☒ 8 2021
D D M M A A

FECHA DE LA CONCLUSIÓN

☒ 12 ☒ 8 2021
D D M M A A

REPORTE A INEGI / SS

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
D D M M A A

OBSERVACIONES:

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION

DR. RICARDO ROBERTO

NOMBRE

GARCIA

PATERNO

LARA

MATERNO

CARGO

MEDICO EPIDEMIOLOGO HGZ 6

FIRMA

4. DATOS DEL INEGI

TIPO DE DOCUMENTO:

NÚM. DE PAQUETE:

NÚM. DE ACTA

FOLIO DE CAPTURA

NOMBRE DEL CODIFICADOR

NOMBRE

PATERNO

MATERNO

FIRMA