



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

212248202

1224B2022 1234B2022 1244B2022 1254B2022 1264B2022

Digitized by srujanika@gmail.com

SI LA DEJUNIJUN NU PUE CERI IFICIAA PUR UNA UNIUDI MELUCA, EL CERI IFICIAA DEBES REMITIR ESE DOCUMENTO A LA SECRETAIA DE SALUD EN UN PERIODU MAXIMO DE 10 DIAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES

LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL(DA) FALLECIDO(A)		Maria Gregoria	Godínez	Primer Apellido	Martinez	Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO		1 5 0 7 1 9 4 7	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosi	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP		1G0MIG4701315MISDPRR100	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA?	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="radio"/> Para menores de un dia <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Para personas de un año o más <input type="radio"/>	Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos <input type="radio"/>	
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"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/>	Viudo(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)	Calle	10.1 Tipo de vialidad	Independencia	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		Las Armas	Tancanhuitz	San Luis Potosi	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía						
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>	Primaria <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	12. OCUPACION HABITUAL	
13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Ama de casa <input type="radio"/> 4175370069 6F1943PC	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION		Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> BIENESTAR <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Otra unidad pública <input type="radio"/>	Hospital General Zona 6	Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/>	10.11 Número de seguridad social o afiliación	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION		914	Boulevard Francisco Villa	15.1 Tipo de vialidad	Mexico Laredo	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		Ciudad Valles	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	San Luis Potosi	15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION		10 08 20 21	12 30 17	17. 2 TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE?	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	18. ¿SE PRACTICO NECROPSIA?		
18. DE LA DEFUNCION		Dia	Mes	Año	Horas	Minutos	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ej: muerte por cardiaco, astenia, etc.)		Intervención aproximada entre el inicio de la enfermedad y la muerte						
PARTE I		1 minuto						
Enfermedad, lesión o estadio patológico que produjo la muerte directamente		3 minutos						
Causas antecedentes		48 horas						
Estos estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estadio morboso que la produjo		7 días						
a) Fibracon y atelecta ventricular		25 años						
Debido a (o como consecuencia de)		25 años						
b) Muerte súbita		25 años						
Debido a (o como consecuencia de)		25 años						
c) Embolia pulmonar sin mención de edema pulmonar agudo								
Debido a (o como consecuencia de)								
d) COVID-19								
Otras causas anotadas								
Hematosis cerebral (hemorragia)								
21. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 «Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Usos exclusivo del personal codificador				
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	20. CAUSA BASICAS DE DEFUNCION	
El embarazo <input type="radio"/>		El parto <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/>	Área deportiva <input type="radio"/>	Área industrial <input type="radio"/>	Granja <input type="radio"/>	Código CIE	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Vivienda particular <input type="radio"/>	Calle o carretera <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)					
22.1 Fue un presunto accidente, homicidio o suicidio		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia y motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	22.7.1 Tipo de vialidad	22.7.2 Nombre de la vialidad	22.7.6 Nombre del asentamiento humano	22.7.10 Entidad federativa	
Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior	22.7.5 Tipo de asentamiento humano	22.7.9 Municipio o Alcaldía	22.7.7 Código Postal	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia y motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía	22.7.10 Entidad federativa		
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					
23. NOMBRE		Alejandra Hernandez	Godínez	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	Hija			
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Otro médico <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	2196664		
27. NOMBRE		Alfonso Martinez	Ramirez		Número de la cédula profesional			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		Boulevard Mexico Laredo 914	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		17101001 Ciudad Valles	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Municipio o Alcaldía	Fraccionamiento		
29.9 Municipio o Alcaldía		San Luis Potosi	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono				
31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN					
Número <input type="radio"/> Libro Número <input type="radio"/>		32.1 Localidad	30.1 Dia	30.2 Mes	30.3 Año			
31.1 Acta Número <input type="radio"/>		32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Dia	32.5 Mes	32.6 Año		
DEL REG. CIVIL		32.3 Entidad federativa	32.4 Dia	32.5 Mes	32.6 Año			

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA

DATOS TOMADOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	1. DATOS DEL FALLECIDO(A)																												
	Folio del certificado de defunción: 212248202																												
	MARIA GREGORIA GODINEZ MARTINEZ																												
	NOMBRE DEL FALLECIDO					PATERNO MATERNO																							
	SEXO	2	HOMBRE	1	MUJER	2	SE IGNORA	<input type="radio"/> 9	EDAD CUMPLIDA	MINUTOS	HORAS	DIAS	MESES	0 7 4	SE IGNORA <input type="radio"/> 9														
	AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD:										FECHA DE LA DEFUNCION																		
	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	10	8	2021																
	IMSS	<input checked="" type="checkbox"/>	PEMEX	<input type="radio"/> 4	SEMAR	<input type="radio"/> 6	IMSS OPORTUNIDADES	<input type="radio"/> 10	SE IGNORA	<input type="radio"/> 99	DIA	MES	AÑO																
	ESCOLARIDAD	NINGUNA	<input type="checkbox"/> 1	PRIMARIA	<input type="checkbox"/> 2	SECUNDARIA	<input type="checkbox"/> 4	BACHILLERATO O PREPARATORIA	<input type="checkbox"/> 11	PROFESIONAL	<input type="checkbox"/> 7	SE IGNORA	<input type="checkbox"/> 99																
	PRE-ESCOLAR	<input type="checkbox"/> 12	PRIMARIA COMPLETA	<input type="checkbox"/> 3	SECUNDARIA COMPLETA	<input type="checkbox"/> 5	BACHILLERATO O PREPARATORIA COMPLETA	<input type="checkbox"/> 6	POSGRADO	<input type="checkbox"/> 10																			
OCCUPACION HABITUAL	AMA DE CASA					<input type="radio"/> 99	CERTIFICADA POR	MEDICO TRATANTE	<input type="radio"/> 1	MEDICO LEGISTA	<input type="radio"/> 2	OTRO MEDICO	<input checked="" type="checkbox"/>	PERSONAL AUTORIZADO POR SS															
LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL	TANCANHUITZ							AUTORIDAD CIVIL	<input type="radio"/> 5	OTRO	<input type="radio"/> 8																		
MUNICIPIO								ENTIDAD FEDERATIVA	SAN LUIS POTOSI																				
LUGAR DE DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION	CIUDAD VALLES					<input type="radio"/> 0 1 3		ENTIDAD FEDERATIVA	SAN LUIS POTOSI																				
MUNICIPIO									0 2 4																				
NOMBRE DEL CERTIFICANTE	ALFONSO RAMIREZ MARTINEZ																												
DATOS RESULTANTES DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	2. CAUSAS DE DEFUNCIÓN																												
	I	FIBRILACION Y ALETEO VENTRICULAR					INTERVALO	CODIGO CIE	CAUSA BASICA																				
							1MIN																						
							3MIN																						
		MUERTE INSTANTANEA					48HRS																						
							7 DÍAS																						
	II	EMBOLIA PULMONAR SIN MENCION DE CORAZON PULMONAR AGUDO					25 AÑOS																						
							25 AÑOS																						
		COVID-19					COVID-19	CODIGO CIE																					
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	COVID-19																												
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	COVID 19										RATIFICA	RECTIFICA																	
a)	SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO					INTERVALO	CODIGO CIE	CAUSA BASICA																					
b)	NEUMONIA VIRAL POR COVID - 19					4 DIAS	J80X	u07.1																					
c)						5 DÍAS	U07.1																						
d)								USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL CODIFICADOR																					
II	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA					25 AÑOS	E14.9																						
						25 AÑOS	I10X																						
FECHA DE LA RECOLECCION	10	8	21	D	D	M	M	A	A	FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO	11	8	21	D	D	M	M	A	A	FECHA DE LA CONCLUSIÓN	12	8	2021	D	D	M	M	A	A
REPORTE A INEGI / SS																													
OBSERVACIONES:																													
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION	DR. RICARDO ROBERTO					NOMBRE	GARCIA					PATERNO	LARA					MATERNO											
CARGO	MEDICO EPIDEMIOLOGO HGZ 6										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																