



ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

212248251

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MEDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN



9 780195 306511

	1. NOMBRE DE LA DEFUNCIÓN NOMBRE(A) FALLECIDO(A) Sonia		PRIMER APELLIDO Huerta		SEGUNDO APELLIDO Gonzalez	
DEL FALLECIDO	2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
	5. CURP HUICIS1310121011MS12161119		Se ignora <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	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				7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <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 En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)		10.1 Tipo de vivienda		10.2 Nombre de la vivienda	
DE LA DEFUNCIÓN	10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de 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"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
	12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
	13.1 Número de seguridad social o afiliación					
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>	
	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vivienda		15.2 Nombre de la vivienda	
MORTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de 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"/> 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, asfíxia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) COVID-19 Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 4 días		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
	Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) Debido a (o como consecuencia de) c) 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 morboso que la produjo Diabetes Mellitus Hipertensión Arterial					
	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 checked="" 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"/>	
	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"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <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 (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (baso, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o caminata (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)	
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el(los) número(s):		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 vivienda		22.7.2 Nombre de la vivienda		
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				
DEL INF.	23. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" 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		27. FIRMA	
DEL CERTIFICANTE	28. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
	29.1 Tipo de vivienda		29.2 Nombre de la vivienda		29.3 Núm. Exterior	
DEL REG. CIVIL	29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano		29.6 Nombre del asentamiento humano	
	29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.9 Municipio o Alcaldía	
29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		29.12 Fecha de registro		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm. Acta Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad		32.2 Municipio o Alcaldía		
32.3 Entidad federativa		32.4 Día		32.5 Mes		
32.6 Año		32.7 Día		32.8 Mes		
32.9 Año		32.10 Día		32.11 Mes		
32.12 Año		32.13 Día		32.14 Mes		

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

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:

212248251

NOMBRE DEL FALLECIDO

SONIA

HUERTA

GONZALEZ

NOMBRE(S)

PATERNO

MATERNO

SEXO

1

HOMBRE 1

MUJER 2

SE IGNORA 9

EDAD CUMPLIDA

MINUTOS

HORAS

DÍAS

MESES

AÑOS

SE IGNORA 9

Afiliación a servicios de salud:

NINGUNA 1

ISSSTE 3

SEDENA 5

SEGURO POPULAR 7

OTRA 8

FECHA DE LA DEFUNCIÓN

15

8

2021

DÍA

MES

AÑO

IMSS X

PEMEX 4

SEMAR 6

IMSS OPORTUNIDADES 10

SE IGNORA 99

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 X 5

BACHILLERATO O PREPARATORIA COMPLETA 6

POSGRADO 10

Ocupación habitual

AMA DE CASA

99

CERTIFICADA POR

MEDICO TRATANTE

1

MEDICO LEGISTA 2

OTRO MEDICO X

PERSONAL AUTORIZADO POR SS

4

AUTORIDAD CIVIL

5

OTRO 8

LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL

CIUDAD VALLES

0 1 3

MUNICIPIO

SAN LUIS POTOSÍ

0 2 4

ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR DE DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

CIUDAD VALLES

0 1 3

MUNICIPIO

SAN LUIS POTOSÍ

0 2 4

ENTIDAD FEDERATIVA

NOMBRE DEL CERTIFICANTE

THELMA RUTH RAMIREZ CORTES

2. CAUSAS DE DEFUNCIÓN

I

COVID - 19

INTERVALO

4 DÍAS

CODIGO CIE

U07.1

CAUSA BASICA

U07.1

II

DIABETES MELLITUS

5 DÍAS

E14.9

HIPERTENSION ARTERIAL

1 AÑO

I10X

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 X

RECTIFICA

I

a)

NEUMONÍA VIRAL POR COVID - 19

INTERVALO

4 DÍAS

CODIGO CIE

U07.1

CAUSA BASICA

U07.1

b)

c)

d)

II

DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN

1 AÑO

E14.9

ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [HIV], SIN OTRA ESPECIFICACIÓN

14 AÑOS

B24.X

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL CODIFICADOR

FECHA DE LA RECOLECCIÓN

16 8 2021

D D M M A A

FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO

17 8 2021

D D M M A A

FECHA DE LA CONCLUSIÓN

18 8 2021

D D M M A A

REPORTE A INEGI / SS

16 8 2021

D D M M A A

OBSERVACIONES: CUENTA CON PAR PARA SARS COV-2 POSITIVO DEL (13/08/2021)

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN

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