



41903700064 SECRETARIA DE SALUD SINBA

SF 1937P

SECRETARIA DE SALUD SINOP
CERTIFICADO DE EFICIENCIA N.º 22

Modelo 2017.1

FO

212249944212249944212249944212249944212249944212249944

三

50

LURIA A LA SECKELAKIA
IÓN DE SESIÓN

ANTE DE LLENAR LA LLEVAR INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

3 DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Nemecia	Primer Apellido	Nieto	Segundo Apellido		
	2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	5. CURP	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD	
Dia Mes Año	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	San Luis Potosí	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	WIXXN3811031MISPTXMOJ	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input 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	9. ESTADO CONYUGAL	10. RESIDENCIA HABITUAL
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	10.1 Tipo de vivienda	10.2 Nombre de la vivienda			
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	Colonia	Colonia			
1719020	1719020	Ciudad Valles	Constitución	Promenade			
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	Ciudad Valles	San Luis Potosí			
11. ESCOLARIDAD	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL					
Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input checked="" type="radio"/> Primaria <input 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"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input 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"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	13.1 Número de seguridad social o afiliación						
Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4140370006 SE1937P						
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Otra unidad médica privada <input type="radio"/>	Hospital General de Zona #06	Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.2 Nombre de la vivienda						
9/4	Méjico Torreón						
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano					
7190000	7190000	Ciudad Valles					
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa				
2000812021	2335	Ciudad Valles	San Luis Potosí				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?					
Dia Mes Año	Horas Minutos	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/>				
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE					
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	48 hrs						
a) <i>Chovre Septico</i>	6 días						
b) <i>Sospecha de Coronavirus Sars Cov 2</i>	10 días						
c) <i>Diabetes Mellitus no insulinodependiente</i>	10 días						
d) <i>Hipertension Esencial primaria</i>	10 días						
PARTE II Otros estados patológicos y/o factores que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo	Demencia no específica						
Estatos morbosos, si existiera alguno, que produzcan la muerte considerando arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	Glaucoma no especificada						
21. SI LA DEFUNCIÓN 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?	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE				
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE				
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial <input type="radio"/> taller, fábrica u obra <input type="radio"/>	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)				
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?	Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calla o carretera <input type="radio"/> Rancho o parcela <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"/>	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>					
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	Se ignora <input type="radio"/>					
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				
23. NOMBRE	Primer Apellido	Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				
Pudencio	Nieto	Martinez	Hija				
Nombre(s)							
25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO						
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	Número de la cédula profesional					
Nombre(s)							
27. NOMBRE	28. FIRMA						
Ricardo Adan							
Nombre(s)							
29. DOMICILIO Y TELÉFONO	29.1 Tipo de vivienda	29.2 Nombre de la vivienda	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano		
Boulevard	Méjico - Torreón	914	7190000	Ciudad Valles	Franquiciamiento		
19 de Enero	29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
Ciudad Valles	29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa					
29.11 Acta Núm.	32.1 Localidad						
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Dia	32.5 Mes	32.6 Año	
Núm. _____, Libro Núm. _____							
31.1 Acta Núm.	32.11	32.22	32.33	32.44	32.55	32.66	
32.1 Localidad							
32.2 Municipio o Alcaldía							
32.3 Entidad federativa							
32.4 Dia							
32.5 Mes							
32.6 Año							
33. DEL REG. CIVIL							

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