

41816006096
SM1960PESECRETARÍA DE SALUD SINBA
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO 212250091

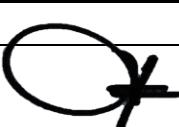
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*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 LOS PARTICULARES DE SUELTOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

C-3 25 MED INT DE FALLECIDO DE LA DEFUNCIÓN DE MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS DEL INF. DEL CERTIFICANTE DEL REG. CIVIL	1. NOMBRE DEL(FALLO)(A) Raymundo	Primer Apellido Martinez	Segundo Apellido Martinez
	2. FECHA DE NACIMIENTO 15 03 1960	3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP MA MAR G 610131 15 HIS PRIRY 1018	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> → Especifique	
8. EDAD Para menores de una hora <input type="checkbox"/> Minutos <input type="checkbox"/> Para menores de un día <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Para menores de un mes <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Para menores de un año <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Para personas de un año o más <input checked="" type="checkbox"/> Años cumplidos <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación: <input type="checkbox"/> 8.3 Peso (gramos): <input type="checkbox"/>	10. RESIDENCIA HABITUAL Calleson Anote el domicilio permanente donde vivía el(fa) fallecido(a) 10.1 Tipo de vivienda	
10.3 Núm. Exterior 791020	10.4 Núm. Interior Ciudad Valles	10.5 Tipo de asentamiento humano Colonia	
10.7 Código Postal 791000	10.8 Localidad Ciudad Valles	10.9 Municipio o Alcaldía Ciudad Valles	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL Vendedor 12.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/>	13.1 Número de seguridad social o afiliación 4181600609 5M1960PE	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9 Otra unidad <input type="checkbox"/> 8 Pública <input type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General Zona 6 Ciudad Valles IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Otra unidad <input type="checkbox"/> 8 Pública <input type="checkbox"/> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 914 15.3 Núm. Exterior 791000	15.4 Núm. Interior Ciudad Valles	15.5 Tipo de asentamiento humano Fraccionamiento	
15.7 Código Postal 271082021	15.8 Localidad Boulevard	15.9 Municipio o Alcaldía Ciudad Valles	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 02 24 Día Mes Año	17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
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	a) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de)		
Causes antecedentes	b) Choque sepiro Debido a (o como consecuencia de)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 48 horas	
{ extrema deshidratación, si extrema eleno, que produjeron la causa consignada arriba, manteniéndose en último lugar la causa básica	c) COVID-19 Debido a (o como consecuencia de)	Vía exclusivo del personal codificador Código CIE J460	
d) Diabetes Mellitus tipo 2 Hipertensión arterial		Vía exclusivo del personal codificador Código CIE RS72	
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="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> Elpuero <input type="checkbox"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto. <input type="checkbox"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puero? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puero? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Granja <input type="checkbox"/> 7 Área industrial <input type="checkbox"/> 6 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 Rancho o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Escuela u oficina <input type="checkbox"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 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	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)	
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	
22.7.10 Entidad federativa	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
23. NOMBRE Monte Largo	Nombre(s) Monte Largo	Primer Apellido Hernández	
		Segundo Apellido Laura	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Otro médico <input type="checkbox"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil <input type="checkbox"/> 5 Otro <input type="checkbox"/> 8	Subdirector <input type="checkbox"/> *Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1979285 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Julio Cesar	Primer Apellido Cortés	Segundo Apellido Martinez	
29. DOMICILIO y TELÉFONO Boulevard	29.1 Tipo de vialidad 914	28. FIRMA Franquiciamiento	
19 de Enero Ciudad Valles	29.2 Número de la vialidad 7910101		
29.6 Número del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm., Libro Núm.	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad	32.3 Entidad federativa	
31.1 Acta Núm.	32.2 Municipio o Alcaldía	32.4 Día Mes Año	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 12 7 10 8 2021			

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

212250091

1. DATOS DEL FALLECIDO(A)																			
Folio del certificado de defunción: 212250091																			
RAYMUNDO <small>NOMBRE(S)</small>																			
MARTINEZ <small>PATERNO</small>						MARTINEZ <small>MATERNO</small>													
DATOS TOMADOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION	SEXO	<input type="text" value="1"/> HOMBRE	1	MUJER	<input type="text" value="2"/>	SE IGNORA	<input type="radio"/> 9	EDAD CUMPLIDA	<input type="text" value=" "/> MINUTOS	<input type="text" value=" "/> HORAS	<input type="text" value=" "/> DIAS	<input type="text" value=" "/> MESES	<input type="text" value="6"/> 1	SE IGNORA <input type="radio"/> 9					
	AFFILIACION A SERVICIOS DE SALUD:	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	FECHA DE LA DEFUNCION												
		IMSS <input checked="" type="checkbox"/> X	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS OPORTUNIDADES <input type="radio"/> 10	SE IGNORA <input type="radio"/> 99	<input type="text" value="27"/> DIA	<input type="text" value="8"/> MES	<input type="text" value="2021"/> 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												
		INCOMPLETA <input type="checkbox"/>	INCOMPLETA <input type="checkbox"/>	INCOMPLETA <input type="checkbox"/>	INCOMPLETA <input type="checkbox"/>	POSGRADO <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>												
		PRE-ESCOLAR <input type="checkbox"/> 12	PRIMARIA <input type="checkbox"/> 3	SECUNDARIA <input type="checkbox"/> 5	BACHILLERATO O PREPARATORIA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 10												
	OCCUPACION HABITUAL	VELADOR				<input type="checkbox"/> 99	CERTIFICADA POR	MEDICO TRATANTE <input type="radio"/> 1	MEDICO LEGISTA <input type="radio"/> 2	OTRO MEDICO <input checked="" type="checkbox"/> X	PERSONAL AUTORIZADO POR SS <input type="radio"/> 4								
	LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL	CIUDAD VALLES				<input type="text" value="0"/> 1 <input type="text" value="3"/> MUNICIPIO	SAN LUIS POTOSÍ				<input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="4"/> ENTIDAD FEDERATIVA								
	LUGAR DE DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION	CIUDAD VALLES				<input type="text" value="0"/> 1 <input type="text" value="3"/> MUNICIPIO	SAN LUIS POTOSÍ				<input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="4"/> ENTIDAD FEDERATIVA								
	NOMBRE DEL CERTIFICANTE	JULIO CESAR CORTÉS MARTINEZ																	
2. CAUSAS DE DEFUNCIÓN												INTERVALO	CODIGO CIE	CAUSA BASICA					
I	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA				<input type="text" value="48"/> HORAS	<input type="text" value="J960"/>	U07.1												
	CHOQUE SEPTICO				<input type="text" value="72"/> HORAS	<input type="text" value="RS72"/>													
	COVID - 19				<input type="text" value="4"/> DÍAS	<input type="text" value="U07.1"/>													
II	DIABETES MELLITUS TIPO 2				<input type="text" value="2"/> AÑOS	<input type="text" value="E119"/>													
	HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA				<input type="text" value="2"/> AÑOS	<input type="text" value="110X"/>													
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	COVID - 19				COVID - 19				U07.1				CODIGO CIE						
3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA												RATIFICA <input checked="" type="checkbox"/>	RECTIFICA <input type="checkbox"/>						
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA												COVID - 19							
a) SEPTICEMIA												INTERVALO	CODIGO CIE	CAUSA BASICA					
b) SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO												<input type="text" value="2"/> DÍAS	<input type="text" value="A41.9"/>	U07.1					
c) NEUMONIA VIRAL												<input type="text" value="4"/> DÍAS	<input type="text" value="J80X"/>	USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL CODIFICADOR					
d) COVID - 19												<input type="text" value="5"/> DÍAS	<input type="text" value="J19.2"/>						
II DIABETES MELLITUS TIPO 2												<input type="text" value="11"/> DÍAS	<input type="text" value="U07.1"/>						
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA												<input type="text" value="2"/> AÑOS	<input type="text" value="E119"/>						
FECHA DE LA RECOLECCION				<input type="text" value="27"/> 8 <input type="text" value="2021"/> D D M M A A	FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO				<input type="text" value="27"/> 8 <input type="text" value="2021"/> D D M M A A	FECHA DE LA CONCLUSIÓN				<input type="text" value="27"/> 8 <input type="text" value="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		GARCIA		LARA			
NOMBRE																			
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							