



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

212251701

*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

DEL FALLECIDO

DEL DEFUNTO

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) Rosario Vargas Suarez		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
2. FECHA DE NACIMIENTO 2/2/1974		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
5. CURP VASR741102ZMSPRIS016		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique			
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: 046 Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(ella) fallecido(a) Calle Zine Esquina Pinar de Piedra Laja		11.1 La escolaridad seleccionada es: Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercaria <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/>			
10.1 Tipo de vivienda Colonia		10.2 Nombre de la vivienda Laxano		10.3 Tipo de asentamiento humano San Luis Potosí	
10.4 Núm. Exterior 139101010		10.5 Núm. Interior Ciudad Valles		10.6 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí	
10.7 Código Postal 791010		10.8 Localidad Ciudad Valles		10.9 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercaria <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Comerciante			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación 4191740271 IF1974SA			
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"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Otra unidad privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General Zona 6 Ciudad Valles			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Boulevard Fraccionamiento 914		15.1 Tipo de vivienda Fraccionamiento			
15.2 Nombre de la vivienda 19 de Enero		15.3 Núm. Exterior 79101010		15.4 Núm. Interior Ciudad Valles	
15.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles		15.6 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí		15.7 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 3/10/2021 12:01:48		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de) b) Síndrome inflamatorio multiorgánico asociado con COVID-19 Debido a (o como consecuencia de) c) COVID-19 Debido a (o como consecuencia de) d) Dichotomía mellitus asociada con demencia Hipertensión esencial (primaria)			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		21.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <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"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <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 <input type="radio"/> Taller, fábrica u obra <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(ella) 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			
22.7 Añote 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		22.8 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(ella) fallecido(a)			
23. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Guillermo Guerrero Vargas		24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) Sobrino			
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"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional 7703490			
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Carlos Alberto Castillo Valles		28. FIRMA C. A. C. 16/10/21			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda Boulevard Fraccionamiento 914		29.2 Nombre de la vivienda 19 de Enero			
29.3 Núm. Exterior 79101010		29.4 Núm. Interior Ciudad Valles			
29.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles		29.6 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí			
29.7 Código Postal 791010		29.8 Localidad San Luis Potosí			
29.9 Entidad federativa		29.10 Teléfono			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 3/10/2021		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. Libro 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			

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:

212251701

NOMBRE DEL FALLECIDO

ROSARIO

VARGAS

SUAREZ

NOMBRE(S)

PATERNO

MATERNO

SEXO ☒ 2 HOMBRE 1 MUJER 2 SE IGNORA ☐ 9 EDAD CUMPLIDA MINUTOS HORAS DIAS MESES AÑOS ☒ 4 ☒ 6 SE IGNORA ☐ 9

Afiliación 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 DEFUNCIÓN

☒ 30 ☒ 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

Ocupación habitual

COMERCIANTE

☐ 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

CIUDAD VALLES

SAN LUIS POTOSÍ

MUNICIPIO

ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR DE DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

CIUDAD VALLES

SAN LUIS POTOSÍ

MUNICIPIO

ENTIDAD FEDERATIVA

NOMBRE DEL CERTIFICANTE

CARLOS ALBERTO CASTILLO VALDES

2. CAUSAS DE DEFUNCIÓN

I

INSUFICIECIA RESPIRATORIA AGUDA

INTERVALO

24 HORAS

CODIGO CIE

U07.1

CAUSA BASICA

U07.1

SINDROME INFLAMATORIO MULTISISTEMICO ASOCIADO CON COVID - 19

5 DÍAS

U07.1

COVID - 19

17 DÍAS

U07.1

II

DIABETES MELLITUS ASOCIADO CON DESNUTRICIÓN

10 AÑOS

U07.1

HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)

15 AÑOS

U07.1

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 RESPIRATORIA DEL ADULTO

INTERVALO

5 DÍAS

CODIGO CIE

J80X

CAUSA BASICA

U07.1

b) NEUMONIA VIRAL

7 DÍAS

J12.9

c) COVID - 19

17 DÍAS

U07.1

d)

DIABETES MELLITUS ASOCIADA CON DESNUTRICIÓN

10 AÑOS

E12.9

HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)

15 AÑOS

I10X

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL CODIFICADOR

FECHA DE LA RECOLECCIÓN

31 8 2021
D D M M A A

FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO

31 8 2021
D D M M A A

FECHA DE LA CONCLUSIÓN

31 8 2021
D D M M A A

REPORTE A INEGI / SS

31 8 2021
D D M M A A

OBSERVACIONES:

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN

DR. RICARDO ROBERTO

GARCIA

LARA

NOMBRE

PATERNO

MATERNO

CARGO

MEDICO EPIDEMIOLOGO HGZ 6

FIRMA

DATOS DEL INEGI

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