



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

212251705

1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) Alberta Martner Banda		2. FECHA DE NACIMIENTO 22/04/1964		3. SEXO Mujer		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Banda	
5. CURP MTA19640422MSIPRNL06		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No		7. NACIONALIDAD Mexicana		8. EDAD CUMPLIDA 53 años	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre		10. RESIDENCIA HABITUAL Calle Bugambillas		11. ESCOLARIDAD Primaria		12. OCUPACIÓN HABITUAL Amo de casa	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Hospital General		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Boulevard Fraccionamiento		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 31/08/2021 23:13	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? No		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN Insuficiencia respiratoria Aguda		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Covid 19	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS No		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: Accidente		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: Accidente		24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) Esposa	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO No		27. NOMBRE Julio Cesar Cortes		28. FECHA DE CERTIFICACIÓN 31/08/2021	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 11100000000		30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO San Luis Potosí		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO No		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO San Luis Potosí	

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

*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



212251705

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: 212251705

NOMBRE DEL FALLECIDO: ALBERTA MARTINEZ BANDA
NOMBRE(S) PATERNO MATERNO

SEXO: 2 HOMBRE 1 MUJER 2 SE IGNORA 9 EDAD CUMPLIDA: MINUTOS HORAS DIAS MESES AÑOS 5 7 SE IGNORA 9

Afiliación a servicios de salud: NINGUNA 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 SEGURO POPULAR 7 OTRA 8
IMSS X PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS OPORTUNIDADES 10 SE IGNORA 99
FECHA DE LA DEFUNCION: 31 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 X 3 SECUNDARIA COMPLETA 5 BACHILLERATO O PREPARATORIA COMPLETA 6 POSGRADO 10

Ocupación habitual: AMA DE CASA
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: TAMBACA MUNICIPIO SAN LUIS POTOSÍ ENTIDAD FEDERATIVA 0 2 4

LUGAR DE DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION: CIUDAD VALLES MUNICIPIO SAN LUIS POTOSÍ ENTIDAD FEDERATIVA 0 1 3 0 2 4

NOMBRE DEL CERTIFICANTE: JULIO CESAR CORTES MARTINEZ

2. CAUSAS DE DEFUNCIÓN

I INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA 2 DÍAS U07.1
NEUMONIA VIRAL
COVID - 19
II HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA) 17 AÑOS
OBESIDAD 33 AÑOS

CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA: COVID - 19 U07.1
CODIGO CIE

DATOS RESULTANTES DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA: COVID - 19

RATIFICA X RECTIFICA

I a) SEPTICEMIA 4 DÍAS A41.9 U07.1
b) SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO 10 DÍAS J80X
c) NEUMONIA VIRAL 11 DÍAS J19.2
d) COVID - 19 16 DÍAS U07.1
II HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA) 17 AÑOS I10X
OBESIDAD, NO ESPECIFICADA 33 AÑOS E66.9

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL CODIFICADOR

FECHA DE LA RECOLECCION: 31 8 2021 D D M M A A
FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO: 1 9 2021 D D M M A A
FECHA DE LA CONCLUSIÓN: 1 9 2021 D D M M A A

REPORTE A INEGI / SS

OBSERVACIONES:

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION: DR. RICARDO ROBERTO GARCIA LARA
NOMBRE PATERNO 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