



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

212251829

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
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

1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) Jesús Martínez Garza Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 05/04/1978 Día Mes Año	3. SEXO ☒ Hombres ☐ Mujer ☐ Se ignora
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Coahuila de Zaragoza Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP MAGJ780405HCLRRS07 Se ignora ☐ No ☒ Ignora ☐	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? ☐ Sí ☒ No ☐ Ignora
7. NACIONALIDAD ☒ Mexicana ☐ Otra ☐ Se ignora	
8. EDAD CUMPLIDA 043 Para menores de una hora: Minutos de un día: Horas de un mes: Días	9. ESTADO CONYUGAL ☐ En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Vuelto(a) ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el(ella) fallecido(a) Calle 23 Colonia Lazaro Cardenas 10.1 Tipo de vía 10.2 Nombre de la vía 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano	
11. ESCOLARIDAD ☐ Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☒ Incompleta ☐	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Pastor religioso 12.1 Trabajaba ☒ No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Seg. Popular / INSABI ☐ Otra ☐ Se ignora ☐	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Hospital General de Zona 6 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Boulevard 914 Fraccionamiento 19 de Enero 15.1 Tipo de vía 15.2 Nombre de la vía 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 09/09/2021 22:19 Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☒ Sí ☐ No ☐ Se ignora	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? ☐ Sí ☒ No	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evitar señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) Insuficiencia respiratoria aguda Neumonía viral COVID-19 Hipertensión esencial (primaria) Diabetes mellitus 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: ☐ El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ Si ☐ No ☐ Se ignora	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: ☐ Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? ☐ Sí ☐ No ☐ Se ignora 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: ☐ Área industrial (taller, fábrica u otra) ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o caminata (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(ella) fallecido(a): ☐ Área industrial (taller, fábrica u otra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora	
23. NOMBRE Yanet Griselda Cruz Azua Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) Esposa	
25. CERTIFICADA POR: ☐ Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico* ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro* ☐ Especifique: 1979285 Número de la cédula profesional	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1979285 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Julia Cesar Cortes Martinez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO Boulevard 914 Fraccionamiento 19 de Enero 28.1 Tipo de vía 28.2 Nombre de la vía 28.3 Núm. Exterior 28.4 Núm. Interior 28.5 Tipo de asentamiento humano	
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN 09/09/2021 Día Mes Año	
30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Ciudad Valles 30.1 Localidad 30.2 Municipio o Alcaldía 30.3 Entidad federativa 30.4 Día 30.5 Mes 30.6 Año	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE 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:	
NOMBRE DEL FALLECIDO		212251829	
NOMBRE(S)		NOMBRE(S)	
JESUS MARTINEZ GARZA		JESUS MARTINEZ GARZA	
SEXO		PATERNO	
1 HOMBRE 1 MUJER 2 SE IGNORA 9		MATERNO	
EDAD CUMPLIDA		MATERNO	
MINUTOS HORAS DIAS MESES AÑOS		4 3 9	
SE IGNORA 9			
AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD:		FECHA DE LA DEFUNCIÓN	
NINGUNA 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 SEGURO POPULAR 7 OTRA 8		9 9 2021	
IMSS X PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS OPORTUNIDADES 10 SE IGNORA 99		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 X 5 BACHILLERATO O PREPARATORIA COMPLETA 6 POSGRADO 10			
OCUPACIÓN HABITUAL		CERTIFICADA POR	
PASTOR RELIGIOSO		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		SAN LUIS POTOSÍ	
MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA	
LUGAR DE DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN			
CIUDAD VALLES		SAN LUIS POTOSÍ	
MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA	
NOMBRE DEL CERTIFICANTE		JULIO CESAR CORTES MARTINEZ	

2. CAUSAS DE DEFUNCIÓN		INTERVALO	CODIGO CIE	CAUSA BASICA
I				
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA		24 HORAS	J960	U071
NEUMONIA VIRAL		9 DÍAS	J12.9	
COVID - 19		9 DÍAS	U071	
II				
HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)		10 AÑOS	I10X	
DIABETES MELLITUS		1 AÑO	E14.9	
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA			U071	

3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA		RATIFICA	RECTIFICA
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		X	
COVID - 19			
I			
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA		1 DÍA	J960
NEUMONIA VIRAL		9 DÍAS	J12.9
COVID - 19		9 DÍAS	U07.1
II			
DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA		1 AÑO	E14.9
HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)		10 AÑOS	I10X
FECHA DE LA RECOLECCIÓN		FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO	FECHA DE LA CONCLUSIÓN
9 9 2021		10 9 2021	10 9 2021
D D M M A A		D D M M A A	D D M M A A
REPORTE A INEGI / SS			
D D M M A A			
OBSERVACIONES:			
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN			
DR. RICARDO ROBERTO			
NOMBRE			
GARCIA			
PATERNO			
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