



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

212251830

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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) Nicolas Perez Otero		2. FECHA DE NACIMIENTO 10/09/1952		3. SEXO Hombre	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	5. CURP PEON520910HS PRTC03		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No	7. NACIONALIDAD Mexicana
8. EDAD CUMPLIDA 068		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a)		10. RESIDENCIA HABITUAL Avenida Maciezuma		11. ESCOLARIDAD Primaria		12. OCUPACIÓN HABITUAL Agricultor	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Hospital General de Zona 6		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Boulevard Mexico Laredo		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10/09/2021 23:46		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No	
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN Insuficiencia respiratoria aguda		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN Neumonía viral		20. CAUSAS DE LA 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 DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS No		24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) Hijo		25. CERTIFICADA POR Directivo en turno		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO No		27. FECHA DE CERTIFICACIÓN 10/09/2021	
28. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO CIVIL No		29. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO CIVIL No		30. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO CIVIL No		31. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO CIVIL No		32. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO CIVIL No	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Anexo 8

SECRETARIA DE SALUD - INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRÁFICA
FORMATO DE RATIFICACION O RECTIFICACION DE DEFUNCION
POR PADECIMIENTOS SUJETOS A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA



DATOS TOMADOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION

1. DATOS DEL FALLECIDO(A)

Folio del certificado de defunción:

212251830

NOMBRE DEL FALLECIDO

NICOLAS

PEREZ

OTERO

NOMBRE(S)

PATERO

MATERO

SEXO ☒ 1 HOMBRE 1 MUJER 2 SE IGNORA ☐ 9 EDAD CUMPLIDA MINUTOS HORAS DIAS MESES AÑOS ☒ 6 ☒ 8 SE IGNORA ☐ 9

AFLIACION 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 DEFUNCION

☒ 9 ☒ 9 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

Ocupacion Habitual

AGRICULTOR

☐ 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

AQUISMON

SAN LUIS POTOSÍ

MUNICIPIO

ENTIDAD FEDERATIVA

LUGAR DE DONDE OCURRIO LA DEFUNCION

CIUDAD VALLES

SAN LUIS POTOSÍ

MUNICIPIO

ENTIDAD FEDERATIVA

NOMBRE DEL CERTIFICANTE

JULIO CESAR CORTES MARTINEZ

2. CAUSAS DE DEFUNCION

I

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

INTERVALO

24 HORAS

CODIGO CIE

J960

CAUSA BASICA

U071

NEUMONIA VIRAL

8 DIAS

J12.9

COVID - 19

8 DIAS

U071

II

CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

COVID - 19

U071
CODIGO CIE

3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION EPIDEMIOLÓGICA

CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

COVID - 19

RATIFICA ☒

RECTIFICA ☐

I

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

INTERVALO

24 HORAS

CODIGO CIE

J960

CAUSA BASICA

U07.1

NEUMONIA VIRAL

9 DÍAS

J12.9

COVID - 19

9 DÍAS

U07.1

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL CODIFICADOR

II

FECHA DE LA RECOLECCION

☒ 9 ☒ 9 2021
D D M M A A

FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO

☒ 10 ☒ 9 2021
D D M M A A

FECHA DE LA CONCLUSION

☒ 10 ☒ 9 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

PATERO

MATERO

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

PATERO

MATERO

FIRMA