

**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017  
**FOLIO**

2251836

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

	1. NOMBRE DEL(LE) LA FALLECIDO(A) <b>Rafael Rojas Castillo</b>		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año <b>17/10/71</b>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí			
	5. CURP <b>R10ICR7131071217HISPIDISFIO1</b>		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" 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 seis meses Meses Para personas de un año o más Años cumplidos <b>048</b>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <b>Calle 20 de Noviembre Colonia La Encantada</b>		10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano <b>73 El rancho El rancho</b>		10.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b>			
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajador <input type="radio"/> Emplead@ <input type="radio"/> Patrono <input type="radio"/> Dueño <input type="radio"/> Sin ocupación <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		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"/>			
	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"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad <b>Carretera Federal Ciudad Valles</b>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos <b>11/09/2021 07:58</b>			
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de) <b>Neumonía Covid-19</b> c) Covid-19 Debido a (o como consecuencia de) <b>Insuficiencia Renal Crónica Hipertensión Arterial</b>			
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <b>I50.1</b>		21. Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años Especificó si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <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: Accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.1 Fue un presunto homicidio <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio			
	23. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido <b>Nancy Rojas Castillo</b>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Hija</b>		25. CERTIFICANTE POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>			
	26. DOMICILIO Y TELÉFONO 26.1 Tipo de vialidad 26.2 Nombre de la vialidad 26.3 Núm. Exterior 26.4 Núm. Interior 26.5 Tipo de asentamiento humano <b>Carretera Federal Ciudad Valles 19 de enero 179101010 Ciudad Valles San Luis Potosí</b>		27. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año <b>11/09/2021</b>		28. Si el certificante es médico Número de la cédula profesional <b>322311</b>			
	29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm. <b>1111</b>		30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad 30.2 Municipio o Alcaldía 30.3 Entidad federativa 30.4 Día Mes Año <b>San Luis Potosí</b>		31. Acta Núm.			

32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes

**ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR 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: 212251836			
NOMBRE DEL FALLECIDO				NOMBRE(S) RAFAEL ROJAS CASTILLO			
SEXO				PATERNO MATERNO			
<input checked="" type="radio"/> 1 HOMBRE 1 <input type="radio"/> 2 MUJER 2 <input type="radio"/> 9 SE IGNORA				EDAD CUMPLIDA    MINUTOS    HORAS    DÍAS    MESES    AÑOS <input type="radio"/> 9 SE IGNORA			
AFILIACION 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 IMSS <input checked="" type="radio"/> 4    PEMEX <input type="radio"/> 4    SEMAR <input type="radio"/> 6    IMSS OPORTUNIDADES <input type="radio"/> 10    SE IGNORA <input type="radio"/> 99				FECHA DE LA DEFUNCION DÍA 11    MES 9    AÑO 2021			
ESCOLARIDAD NINGUNA <input type="radio"/> 1    PRIMARIA INCOMPLETA <input checked="" type="radio"/> 2    SECUNDARIA INCOMPLETA <input type="radio"/> 4    BACHILLERATO O PREPARATORIA INCOMPLETA <input type="radio"/> 11    PROFESIONAL <input type="radio"/> 7    SE IGNORA <input type="radio"/> 99 PRE-ESCOLAR <input type="radio"/> 12    PRIMARIA COMPLETA <input type="radio"/> 3    SECUNDARIA COMPLETA <input type="radio"/> 5    BACHILLERATO O PREPARATORIA COMPLETA <input type="radio"/> 6    POSGRADO <input type="radio"/> 10							
OCUPACION HABITUAL JUBILADO				CERTIFICADA POR MEDICO TRATANTE <input type="radio"/> 1 MEDICO LEGISTA <input type="radio"/> 2 OTRO MEDICO <input checked="" type="radio"/> 3 PERSONAL AUTORIZADO POR SS <input type="radio"/> 4 AUTORIDAD CIVIL <input type="radio"/> 5 OTRO <input type="radio"/> 8			
LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL EL NARANJO				SAN LUIS POTOSÍ			
MUNICIPIO				ENTIDAD FEDERATIVA			
LUGAR DE DONDE OCURRIO LA DEFUNCION CIUDAD VALLES				SAN LUIS POTOSI			
MUNICIPIO				ENTIDAD FEDERATIVA			
NOMBRE DEL CERTIFICANTE ALAN CORTES ROMAN							

2. CAUSAS DE DEFUNCIÓN		INTERVALO	CODIGO CIE	CAUSA BASICA
I	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUADA	2 HORAS		U071
	NEUMONIA	6 DÍAS		
	COVID - 19	6 DÍAS		
II	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	4 AÑOS		
	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	10 AÑOS		
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		COVID - 19	U071	

DATOS RESULTANTES DE LA INVESTIGACION EPIDEMIOLÓGICA

3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA			
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		COVID - 19	
		RATIFICA <input checked="" type="checkbox"/> RECTIFICA <input type="checkbox"/>	
I	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	INTERVALO 1 DÍA	CODIGO CIE J960 CAUSA BASICA U07.1
	NEUMONIA VIRAL	6 DÍAS	J12.9
	COVID - 19	6 DÍAS	U071
II	INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, NO ESPECIFICADA	4 AÑOS	N18.9
	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	10 AÑOS	I10X
FECHA DE LA RECOLECCION		FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO	
14 9 2021		14 9 2021	
D D M M A A		D D M M A A	
FECHA DE LA CONCLUSIÓN		14 9 2021	
D D M M A A		D D M M A A	
OBSERVACIONES:			
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION		DR. RICARDO ROBERTO	
		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
			FIRMA