



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017-1
FOLIO

212251836

212251836 212251836 212251836 212251836

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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 ESTAN 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

DE FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Rafael Rojas		Castillo	
	2. FECHA DE NACIMIENTO	Día 17 Mes 10 Año 1971	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí			
	5. CURP	R101CR17101717H13P01SFG01			
	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> → Especifique	
	8. EDAD	Para menores de una hora Minutos	Para menores de un día Horas	Para menores de un mes Días	
	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 En unión libre <input type="checkbox"/> 4 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Viudo(a) <input type="checkbox"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> 5		
	10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) Calle 73 Colonia La encantada			
	11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8	Primaria <input type="checkbox"/> 3 Posgrado <input type="checkbox"/> 10	Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 Completa <input type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2	
	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Trabajador <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 99			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEMAR <input type="checkbox"/> 5 IMSS <input checked="" type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 10	Seg. Popular / INSABI <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	13.1 Número de seguridad social o utilización 41127301055M11PE		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input checked="" type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.1 Tipo de vialidad <input type="checkbox"/> 1 15.2 Nombre de la vialidad <input type="checkbox"/> 1 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior <input type="checkbox"/> 1 15.5 Tipo de asentamiento humano <input type="checkbox"/> 1 15.6 Nombre del asentamiento humano <input type="checkbox"/> 1 15.7 Código Postal <input type="checkbox"/> 1 15.8 Localidad <input type="checkbox"/> 1 15.9 Municipio o Alcaldía <input type="checkbox"/> 1 15.10 Entidad federativa <input type="checkbox"/> 1				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	Día 11 Mes 09 Año 2021 Horas 07 Minutos 58	17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
PARTE I	a) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de)				2 horas
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	b) Neumonía Debido a (o como consecuencia de)				6 días
Causas antecedentes	c) Covid-19 Debido a (o como consecuencia de)				6 días
Estados morbosos, si existieron algunos que produjeron la causa consignada arriba, mencionando en último lugar la causa básica					4 años
PARTE II					10 años
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la causa básica o estadio morboso que la produjo					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.1. Especifique si la muerte ocurrió durante:				Uso exclusivo del personal codificador
El embarazo <input type="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3	43 días a 11 meses No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5				20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2				21.2. Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.3. Sitio donde ocurrió la lesión				22.4. Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
22.1. Fue presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	Vivienda particular <input type="checkbox"/> 1 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2				Área industrial (taller, fabrica u obra) <input type="checkbox"/> 6 Calle o carretera (vialidad) <input type="checkbox"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 99
22.2. ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	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. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	22.7.1. Tipo de vialidad				22.7.2. Nombre de la vialidad
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
23. NOMBRE	Primer Apellido Segundo Apellido				22.7.10 Entidad federativa
Nombre(s)					24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)
25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉXICO				Número de la cláusula profesional
Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil <input type="checkbox"/> 5	27. FIRMA				27.1. Tipo de vialidad
Otro médico <input type="checkbox"/> 3 Otra <input type="checkbox"/> 8					27.2. Nombre de la vialidad
Especifique					27.3 Núm. Exterior 27.4 Núm. Interior
27. NOMBRE					27.5. Tipo de asentamiento humano
Nombre(s)					27.6. Localidad
29. DOMICILIO Y TELÉFONO	29.1. Tipo de vialidad				29.7. Código Postal
Mexico-Lázaro Cárdenas 19 de enero	29.2. Nombre de la vialidad				29.8. Localidad
29.6. Nombre del asentamiento humano	29.7. Código Postal				29.11. Teléfono
Ciudad Valles					30. FECHA DE CERTIFICACIÓN
29.9. Municipio o Alcaldía					11/10/912021
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				32.4. Día Mes Año
Núm. _____, Libro Núm. _____	32.1 Localidad				
31.1. Acta Núm. _____	32.2 Municipio o Alcaldía				32.3. Entidad federativa
					32.4. Día Mes Año

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



212251836

DEL CERTIFICANTE
DEL INF.

DEL REG. CIVIL

DATOS TOMADOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	1. DATOS DEL FALLECIDO										Folio del certificado de defunción: 212251836		
	NOMBRE DEL FALLECIDO					RAFAEL					ROJAS		
	NOMBRE(S)					PATERNO					CASTILLO		
	SEXO	<input type="text" value="1"/> HOMBRE	1	MUJER	<input type="text" value="2"/> SE IGNORA	<input type="radio"/> 9	EDAD CUMPLIDA	<input type="text" value="4"/> MINUTOS	<input type="text" value="8"/> HORAS	<input type="text" value="0"/> DIAS	<input type="text" value="0"/> MESES	<input type="text" value="4"/> AÑOS	SE IGNORA <input type="radio"/> 9
	AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD:										FECHA DE LA DEFUNCIÓN		
	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	<input type="text" value="11"/> DIA	<input type="text" value="9"/> MES	<input type="text" value="2021"/> AÑO					
	IMSS <input checked="" type="checkbox"/> X	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS OPORTUNIDADES <input type="radio"/> 10	SE IGNORA <input type="radio"/> 99								
	ESCOLARIDAD	NINGUNA <input type="checkbox"/> 1	PRIMARIA <input checked="" type="checkbox"/> 2	SECUNDARIA <input type="checkbox"/> 4	BACHILLERATO O PREPARATORIA <input type="checkbox"/> 11	PROFESIONAL <input type="checkbox"/> 7	SE IGNORA <input type="checkbox"/> 99						
		PRE-ESCOLAR <input type="checkbox"/> 12	PRIMARIA COMPLETA <input type="checkbox"/> 3	SECUNDARIA COMPLETA <input type="checkbox"/> 5	BACHILLERATO O PREPARATORIA COMPLETA <input type="checkbox"/> 6	POSGRADO <input type="checkbox"/> 10							
	OCCUPACIÓN HABITUAL	JUBILADO				<input type="radio"/> 99	CERTIFICADA POR	MÉDICO TRATANTE <input type="radio"/> 1	MÉDICO LEGISTA <input type="radio"/> 2	OTRO MÉDICO <input checked="" type="checkbox"/> X	PERSONAL AUTORIZADO POR SS <input type="radio"/> 4		
LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL							AUTORIDAD CIVIL <input type="radio"/> 5	OTRO <input type="radio"/> 8					
MUNICIPIO	EL NARANJO <input type="text" value="0"/> 5 <input type="text" value="8"/>						SAN LUIS POTOSÍ <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="4"/>						
LUGAR DE DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	CIUDAD VALLES <input type="text" value="0"/> 1 <input type="text" value="3"/>						SAN LUIS POTOSÍ <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="4"/>						
MUNICIPIO							ENTIDAD FEDERATIVA						
NOMBRE DEL CERTIFICANTE	ALAN CORTES ROMAN												
2. CAUSAS DE DEFUNCIÓN													
I	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA					INTERVALO	CÓDIGO CIE	CAUSA BÁSICA					
						2 HORAS		U071					
	NEUMONIA					6 DÍAS							
	COVID - 19					6 DÍAS							
II	INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA					4 AÑOS							
	HIPERTENSIÓN ARTERIAL					10 AÑOS							
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	COVID - 19						U071						
							CÓDIGO CIE						
3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA													
CAUSA SUJETA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	COVID - 19					RATIFICA <input checked="" type="checkbox"/>	RECTIFICA <input type="checkbox"/>						
I	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA					INTERVALO	CÓDIGO CIE	CAUSA BÁSICA					
	NEUMONIA VIRAL					1 DÍA	J960	U07.1					
	COVID - 19					6 DÍAS	J12.9						
	COVID - 19					6 DÍAS	U071						
II	INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, NO ESPECIFICADA					4 AÑOS	N18.9						
	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)					10 AÑOS	I10X						
FECHA DE LA RECOLECCION	<input type="text" value="14"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="2021"/>	D D M M A A	FECHA DEL INICIO DEL ESTUDIO	<input type="text" value="14"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="2021"/>	D D M M A A	FECHA DE LA CONCLUSIÓN	<input type="text" value="14"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="2021"/>	D D M M A A					
REPORTE A INEGI / SS													
OBSERVACIONES:													
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION	DR. RICARDO ROBERTO GARCIA				PATERNO						MATERNO LARA		
CARGO	MÉDICO 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		