



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

Modelo 2014

FOLIO

140681351

\*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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARS.

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Ma Engreida Mendoza		Hernández	
		Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
2. CURP		MEHE441121MSPNRM03		Se ignora <input type="radio"/> 99		3. SEXO	
						Hombre <input type="radio"/> 1	Mujer <input type="radio"/> 2
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		4. NACIONALIDAD	
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		168 Kilogramos		1 Metros		Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. FECHA DE NACIMIENTO		Gramos		Centímetros		Día <input type="radio"/> 1 Mes <input type="radio"/> 1 Año <input type="radio"/> 44	
9. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	Se ignora <input type="radio"/> 9
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL					
		En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9					
11. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)					
11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad		11.4 Municipio o delegación	
Flor de Azahar N°9		Rivadavia		Ximenes Patos		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN HABITUAL					
Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input 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		13.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9					
Preescolar <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		13.2 No trabajaba <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9					
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación					
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 type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99							
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica					
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.3 Localidad					
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.4 Municipio o delegación					
Jana SN callejón a Sancho		San Bartolo					
16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.3 Localidad		16.5 Entidad federativa	
Rivadavia							
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?					
22.1 Día <input type="radio"/> 22 Mes <input type="radio"/> 1 Año <input type="radio"/> 2014 Horas <input type="radio"/> 18:20 Minutos <input type="radio"/> 20		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9					
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?					
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2					
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE					
a) Debido a (o como consecuencia de) Choque hipovolémico.		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 17hr					
b) Debido a (o como consecuencia de) Infracción a la Agua.		11hr					
c) Debido a (o como consecuencia de)							
d) Debido a (o como consecuencia de) Diabetes Mellitus tipo 2		10hr					
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?					
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 44 después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2					
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2					
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión					
23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9					
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión					
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión							
23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia		23.7.3 Localidad			
23.7.4 Municipio o delegación							