

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

Formulario de defunción. Incluye secciones para: 10. ESTADO CONYUGAL, 11. RESIDENCIA HABITUAL, 12. ESCOLARIDAD, 13. OCUPACIÓN HABITUAL, 14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD, 15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN, 16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN, 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN, 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?, 19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?, 20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN, 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN, 22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS, 23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, 24. NOMBRE, 25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A), 26. CERTIFICADA POR, 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, 28. NOMBRE, 29. TELÉFONO, 30. DOMICILIO, 31. FIRMA, 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN, 33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO, 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO.