



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

Modelo 2015
FOLIO

374

150681697

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE 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

150661697

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐
	2. CURP	5. ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒	6. PESO Kilogramos Gramos
	7. TALLA Metros Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año o más
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Se ignora ☐	11. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)
DE LA DEFUNCIÓN	11.2 Colonia	11.3 Localidad	11.4 Municipio o delegación
	12.1 Colonia	12.2 Colonia	12.3 Localidad
	12.4 Municipio o delegación	12.5 Colonia	12.6 Localidad
	12.7 Municipio o delegación	12.8 Colonia	12.9 Localidad
DE LA DEFUNCIÓN	13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	14.1 Número de seguridad social o afiliación	15.1 Número de la unidad médica
	14.2 Clave Única de establecimientos de Salud (CLUES)	15.2 Clave Única de establecimientos de Salud (CLUES)	16.1 Clave Única de establecimientos de Salud (CLUES)
	16.2 Colonia	16.3 Localidad	16.4 Municipio o delegación
	16.5 Entidad federativa	16.6 Entidad federativa	16.7 Entidad federativa
DE LA DEFUNCIÓN	17. FECHA Y HORAS DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas antecedentes: Estados morbosos, existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
	23.1 Fue un presunto Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicios ☐ Se ignora ☐
	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	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
DEL CERTIFICANTE	24. NOMBRE Apellido paterno Apellido materno	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☒ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐
	27. NOMBRE Apellido paterno Apellido materno	28. DOMICILIO	29. FIRMA
	30. DOMICILIO	31. FIRMA	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año
	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSISTIDA EN LA	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	35. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO