



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

Modelo 2015

FOLIO

150683839

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

\*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 ESTÁN 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 PARTICULARLES.

150683839

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno				
	2. CURP	Se ignora <input type="radio"/> 99	3. SEXO	Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	4. NACIONALIDAD	Mexicana <input type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		
DE LA DEFUNCIÓN	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	6. PESO	Kilogramos . Gramos	7. TALLA	Metros . Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO	Día Mes Año
	9. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora Minutos	Para menores de un día Horas	Para menores de un mes Días	Para menores de un año Meses	Para personas de un año o más Años cumplidos	Se ignora <input type="radio"/> 09	
MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	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"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09							
DEL INF.	11. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)						
	11.1 Calle y número	11.2 Colonia	11.3 Localidad					
DEL CERTIFICANTE	11.4 Municipio o delegación	11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)						
	Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 09	13. OCUPACIÓN HABITUAL	Se ignora <input type="radio"/> 09					
REG. CIVIL	Preescolar <input type="radio"/> 02 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10	13.1 Trabajaba <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09						
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	14.1 Número de seguridad social o afiliación						
JUZGADO	Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08	14.2 Unidad médica privada	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12					
	IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 09	15.1 Nombre de la unidad médica	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 09					
RECIBIDO	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN	15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)						
	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada	16.3 Localidad						
SISTEMA DE SALUD	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	16.4 Municipio o delegación	16.5 Entidad federativa					
	16.1 Calle y número	16.2 Colonia						
CERTIFICADO	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	Día Mes Año Horas Minutos	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)							
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente								
a)	Debido a (o como consecuencia de)					Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		
b)	Debido a (o como consecuencia de)					Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
c)	Debido a (o como consecuencia de)							
d)	Debido a (o como consecuencia de)							
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo								
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04	No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte						21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 00	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión.	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?			
23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09	Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02	Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08	Amigo <input type="radio"/> 01 Novio/a <input type="radio"/> 02 Madre <input type="radio"/> 03 Hijo/a <input type="radio"/> 04 Hermano/a <input type="radio"/> 05 Padre <input type="radio"/> 06			
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	23.7.5 Entidad federativa							
24. NOMBRE	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				
26. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input type="radio"/> 03	Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04	Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				
28. NOMBRE	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Número de la cédula profesional				
30. DOMICILIO	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	29. TELÉFONO				
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	34.1 Localidad	31. Firma	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
REG. CIVIL				Día	Mes	Año		