



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

160613512

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		
Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
2. CURP _____		3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☐ 2 Se ignora ☐ 99
4. NACIONALIDAD Mexicana ☐ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 9		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		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 ☐ 9		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 4 Separado(a) ☐ 6 Divorciado(a) ☐ 3 Viudo(a) ☐ 2 Soltero(a) ☐ 1 Casado(a) ☐ 5 Se ignora ☐ 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 _____		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Primaria incompleta ☐ 2 Secundaria incompleta ☐ 4 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 7 Se ignora ☐ 99 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 3 Secundaria completa ☐ 5 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 6 Posgrado ☐ 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☐ 7 Otra ☐ 8 IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS Oportunidades ☐ 10 Se ignora ☐ 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación _____

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 Unidad médica privada ☐ 9 IMSS Oportunidades ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8		15.1 Nombre de la unidad médica _____	Via pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 99	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN			
16.1 Calle y número _____		16.2 Colonia _____	16.3 Localidad _____
16.4 Municipio o delegación _____		16.5 Entidad federativa _____	
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 ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☐ 2			
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, estenias, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Tuberculosis meningococcal</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ b) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si 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 <u>Fidiasis pulmonar</u> <u>Derrame en cavidad pleural</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código CIE _____	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☐ 2	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☐ 2
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____			

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 0 Área deportiva ☐ 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicios ☐ 5 Se ignora ☐ 9	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 6 Granja (rancho o parcela) ☐ 7 Otro ☐ 8
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 _____		

DEL INF.

24. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____
---	--	---

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☐ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 8		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____
28. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		29. TELÉFONO _____
30. DOMICILIO _____		31. FIRMA _____
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____
--	--	---

*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 LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

160613512