

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Juan		Apellido paterno		Apellido materno	
2. CURP		Se ignora <input type="radio"/> 99		3. SEXO		4. NACIONALIDAD	
				Hombre <input type="radio"/> 1	Mujer <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99	Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		6. PESO		7. TALLA	
		Kilogramos . 65 Gramos		Metros . 1.79 Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO	
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"/> 99 Años cumplidos
		Minutos	Horas	Días	Meses		
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"/> 99					
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)							
11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad			
Colonia de Graciano Sánchez		San Juan					
11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
Tlalnepantla de Baz, Edo. de México		Se ignora <input type="radio"/> 99					
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	Se ignora <input type="radio"/> 99	
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		13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		4.1 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	2112096762-4		
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	Familiar General de Coated		
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.3 Localidad			
Colonia de Graciano Sánchez		San Juan					
16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa					
Tlalnepantla de Baz, Edo. de México		Se ignora <input type="radio"/> 99					
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?					
Dia <input type="radio"/> 12	Mes <input type="radio"/> 02	Año <input type="radio"/> 2016	Horas <input type="radio"/> 11	Minutos <input type="radio"/> 25	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99
		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99					
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte					
a) Debido a (o como consecuencia de)		Código CIE J9160					
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica							
b) Debido a (o como consecuencia de)							
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 morbosos que la produjo							
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.1 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el 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	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5						
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	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?		
Homicidio <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7			
Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 99	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8			
Se ignora <input type="radio"/> 99				Se ignora <input type="radio"/> 99			
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		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno			
26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico <input type="radio"/> 3	Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8	Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE		29. TELÉFONO					
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno			
30. DOMICILIO		31. FIRMA					
Núm. Libro Núm.		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN					
33.1 Acta Núm.		34.1 Localidad		34.3 Entidad federativa			
		34.2 Municipio o delegación		34.4 Día Mes Año			