



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016

FOLIO

160617057

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS		INSTRUCCIONES																	
		ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO																	
DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			Apellido paterno			Apellido materno			4. NACIONALIDAD								
		Nombre(s)			Apellido paterno			Apellido materno			Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99								
DE LA DEFUNCIÓN		2. CURP		3. SEXO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO		10. ESTADO CONYUGAL		13. OCUPACIÓN HABITUAL							
		Nombre(s)		Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Metros <input type="radio"/> 1 Centímetros <input type="radio"/> 2		Día <input type="radio"/> 1 Mes <input type="radio"/> 2 Año <input type="radio"/> 3		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		13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99					
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO		10. ESTADO CONYUGAL		13. OCUPACIÓN HABITUAL							
		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		100.000 Kilogramos <input type="radio"/> 1 Gramos <input type="radio"/> 2		Metros <input type="radio"/> 1 Centímetros <input type="radio"/> 2		Día <input type="radio"/> 1 Mes <input type="radio"/> 2 Año <input type="radio"/> 3		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		13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99					
DEL CERTIFICANTE		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		14.1 Número de seguridad social o afiliación					
		Suplirán		Minutos		Horas		Días		Meses		Años cumplidos		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
DEL REG. CIVIL		9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		14.3 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)															
		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN																	
DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		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			
		15.1 Nombre de la unidad médica		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.3 Localidad		16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa					
DE 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)											
		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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)											
DE LA DEFUNCIÓN		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?					
DE LA DEFUNCIÓN		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	
		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	
DE LA DEFUNCIÓN		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		34.1 Localidad _____		34.2 Municipio o delegación		34.3 Entidad federativa		34.4 Dia		34.5 Mes		34.6 Año			
		33.1 Acta Núm. _____		34.1 Localidad _____		34.2 Municipio o delegación		34.3 Entidad federativa		34.4 Dia		34.5 Mes		34.6 Año					

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD*