



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

160624527

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Juan		Apellido paterno		Apellido materno	
2. CURP		Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99		3. SEXO		4. NACIONALIDAD	
		Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 09		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09			
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO	
Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		183 Kilogramos		1.62 Metros		1965 Día Mes Año	
Kilogramos		Gramos		Centímetros			
9. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes	
		Minutos		Horas		Días	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL		11. RESIDENCIA HABITUAL		12. ESCOLARIDAD	
		En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input checked="" 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"/> 9		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)		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	
						13.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad		13. OCUPACIÓN HABITUAL	
601		Mérida		Yucatán		Se ignora <input type="radio"/> 99	
11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación		14.2 Nombre de la unidad médica		14.3 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
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 Se ignora <input type="radio"/> 99		2413052873					
IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10							
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 99 Hogar <input type="radio"/> 11	
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							
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8							
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.3 Localidad	
Calle 601		Mérida		Yucatán		Yucatán	
16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa					
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17.1 Fecha		17.2 Hora		17.3 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
13 01 620 11 10 10 00		Dia Mes Año		Horas Minutos		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		20.1 Parte I		20.2 Parte II		20.3 Parte III	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Causas antecedentes	
a) Debió a (o como consecuencia de)		b) Debió a (o como consecuencia de)		c) Debió a (o como consecuencia de)		d) Debió a (o como consecuencia de)	
21. 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 propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		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							
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)?	
23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5	
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							
24. NOMBRE		Apellido paterno		Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)							
26. CERTIFICADA POR		Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Autoridad civil <input type="radio"/> 5		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Médico tratarante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3				Otro <input type="radio"/> 8		Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE		Apellido paterno		Apellido materno		29. TELÉFONO	
Nombre(s)						23 76573	
30. DOMICILIO		31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
Calle 601							
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		34.1 Localidad		34.2 Municipio o delegación	
Número _____, Libro Núm. _____							
33.1 Acta Núm. _____		34.2 Municipio o delegación		34.3 Entidad federativa		34.4 Día Mes Año	
DEL REG. CIVIL							
DEL CERTIFICANTE							
DEL INF.							
Y VIOLENTAS							
DEL FALLECIDO							

**ERTIFICADA POR UNA UNIDAD MEDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARIA
DENTRO DE UN PERIODO MAXIMO DE 10 DIAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICION
INFORMACION EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA
LLEGIDA APPLICABLE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCION DE DATOS**

DE LA DECLARACIÓN
FUE CERTIFICADA POR UN
ESTADO DE SALUD EN UN PERÍODO DE
LA INFORMACIÓN EN ESTE CÉDULA
NORMATIVIDAD APLICABLE V

ACCIDENTALES

卷之三

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