



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016
FOLIO

160625296

***SI LA DEFUNCIÓN 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**

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	
		Nombre(s)	Apellido paterno
11. RESIDENCIA HABITUAL		Apellido materno	
		Zacatecas	
12. ESCOLARIDAD		3. SEXO	
		Hom. <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. OCUPACIÓN HABITUAL		4. NACIONALIDAD	
		Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		5. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	
		9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		6. PESO	
		10. ESTADO CONYUGAL	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		7. TALLA	
		11.1 Calle y número	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		11.2 Colonia	
		11.3 Localidad	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LÍGION ANTES DE LA MUERTE?		11.4 Municipio o delegación	
		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
		14.1 Número de seguridad social o afiliación	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		15.1 Nombre de la unidad médica	
		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
		16.2 Colonia	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		16.3 Localidad	
		16.4 Municipio o delegación	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA ESPECIFIQUE		17. FECHA	
		17.1 Calle y número	
24. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		17.2 Colonia	
		17.3 Localidad	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		17.4 Municipio o delegación	
		17.5 Entidad federativa	
26. CERTIFICADA POR		26. CERTIFICADA POR	
		Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
28. NOMBRE		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
		27. Número de la cédula profesional	
30. DOMICILIO		29. TELÉFONO	
		30. Teléfono	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA JUZGADO		31. FIRMA	
		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
33.1 Acta Núm.		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
		Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		34.3 Entidad federativa	
		34.4 Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	
34.1 Localidad		34.2 Municipio o delegación	
		34.3 Entidad federativa	
35. ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3 ^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD EN EL SECTOR SALUD*		35. ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3 ^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD EN EL SECTOR SALUD*	
		35. ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3 ^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD EN EL SECTOR SALUD*	



160625296