

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES

DEL	
-----	--

L REG.
CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) AMERICA NATALIA		5. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
2. CURP AMERICA NATALIA		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		6. PESO 5 Kilogramos 100 Gramos		7. TALLA 60 Metros 60 Centímetros	
8. FECHA DE NACIMIENTO 18 Día 04 Mes 2016 Año		9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="radio"/> 1 Para menores de un día <input type="radio"/> 2 Para menores de un mes <input type="radio"/> 3 Para menores de un año <input type="radio"/> 4 Para personas de un año o más <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 1 Separado(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 4 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Casado(a) <input type="radio"/> 6 Se ignora <input type="radio"/> 9	
11. RESIDENCIA HABITUAL CANTABRIA 231		12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 3 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 4 Profesional <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		13. OCUPACIÓN HABITUAL NINGUNA	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 2 SEDENA <input type="radio"/> 3 Seguro Popular <input type="radio"/> 4 OMS <input checked="" type="radio"/> 5 IMSS <input type="radio"/> 6 PEMEX <input type="radio"/> 7 SEMAR <input type="radio"/> 8 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 10		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 4 Unidad médica privada <input type="radio"/> 5 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 6 ISSSTE <input type="radio"/> 7 SEDENA <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN CANTABRIA 231	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 22 Día 07 Mes 2016 Año 06 Horas 30 Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN a) INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA b) DEBILIDAD CARDÍACA AGUDA c) DEBILIDAD CARDÍACA AGUDA d) DEBILIDAD CARDÍACA AGUDA		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE ICD10		22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE ICD10	
23. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 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		24. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 24.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		25. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 25.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 9		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 27.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		28. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 28.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	
29. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 29.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		30. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 30.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		31. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 31.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	
32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 32.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 33.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		34. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 34.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	
35. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 35.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		36. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 36.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		37. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 37.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	
38. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 38.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		39. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 39.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		40. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 40.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	
41. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 41.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		42. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 42.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		43. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 43.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	
44. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 44.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		45. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 45.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		46. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 46.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	
47. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 47.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		48. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 48.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		49. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 49.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	
50. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 50.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		51. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 51.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		52. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 52.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	
53. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 53.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		54. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 54.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		55. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 55.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	
56. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 56.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		57. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 57.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		58. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 58.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	
59. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 59.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		60. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 60.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		61. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 61.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1	

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCION FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARAN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI!



160626066

- Debe ser expedido por un médico, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que lo haya atendido en los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, auxilíese con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a). Si la defunción ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias. Entregue a los familiares o interesado, el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. Si el Certificado de Defunción fue expedido por los SEMEFO, éstos conservarán la 1ª copia (rosa) para entregarla al INEGI, por lo que en este caso al familiar o interesado únicamente se le entregará el original y la 2ª copia (azul).
- La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico del fallecido.
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible, o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, **verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia.** En el caso de números utilice arábigos(0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, *ejemplo:* para 5 de Marzo de 2012 anote [0,5|0,3|2,0,1,2]. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, *ejemplo:* si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), registre: [9,9|9,9|2,0,1,0].
- Marque el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Para los domicilios. Registre la dirección según se requiera, anotando el nombre de la calle y número, así como de la colonia, localidad, municipio o delegación, y entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1. NOMBRE DE EL(LA) FALLECIDO(A).** Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que el(la) fallecido(a) sea un(a) recién nacido(a) sin Acta de Nacimiento, escribir "RN" en el lugar del nombre y anotar los apellidos paterno y materno.
- 5. ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que el fallecido hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español.
- 9. EDAD CUMPLIDA.** Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que el(la) fallecido(a) vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, *ejemplo:* para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos [9,9|9]. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad.
- 10. ESTADO CONYUGAL.** Situación de el(la) fallecido(a) mayor de 12 años en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal.
- 11. RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente el(la) fallecido(a). Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
- 12. ESCOLARIDAD.** Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios aprobados de el(la) fallecido(a), si tuviere estudios de primaria, secundaria, bachillerato o preparatoria sin terminar, márkelo en la opción incompleto de las mismas. Si no tenía escolaridad marque la opción "Ninguna". Para menores de 3 años omite la respuesta a esta variable.
- 13. OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, *ejemplo:* obrero(a), maestro(a), etc. En 13.1 marque la opción "Sí" cuando el(la) fallecido(a) contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando el(la) fallecido(a) se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, era jubilado(a), rentista, etc.
- 14. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la(s) institución(es) a la(s) que estaba afiliado(a) el(la) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que el fallecido(a) no tenía afiliación a servicios de salud. Una persona puede estar afiliada en más de una institución, por lo que es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por el informante. Admite hasta dos respuestas. En 14.1 anote el número de afiliación de la opción donde recibió la última atención asegúrese que éste guarde correspondencia con la(s) opción(es) registrada(s) en la pregunta 14.
- 15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la defunción. Si ésta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 15.1 y en 15.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Registre la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas, de 00 a 23, y para los minutos de 00 a 59, *ejemplo:* si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote [1,7] : [0,9].
- 19. SE PRACTICÓ NECROPSIA.** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- 20. CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

PARTE I: En la Línea a) escriba la enfermedad, lesión o estado patológico que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en **orden cronológico** que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a (o como consecuencia de)", lo cual indica que **la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.**

PARTE II: Cuando aplique, registre alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, *ejemplo:*

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - <i>ejemplo:</i> paro cardíaco, asfexia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			
a)	Peritonitis aguda	2 días	
Debido a (o como consecuencia de)			
b)	Perforación del duodeno	4 días	
Debido a (o como consecuencia de)			
c)	Úlcera duodenal	3 años	
Debido a (o como consecuencia de)			
d)			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			
	Hipertensión arterial	5 años	

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 a 54 AÑOS. Por ningún motivo debe dejarse sin respuesta. Marque en 22.1 una de las opciones de la 1 a la 5, y no omita responder las preguntas 22.2 y 22.3

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA. Avise inmediatamente a la autoridad civil. El médico legista es el responsable de expedir el Certificado, respondiendo a cada una de las preguntas de este apartado con base a la información disponible.

23.1. Fue un presunto. No omita la respuesta. La opción seleccionada, denota una presunción no una afirmación.

23.3. Sitio donde ocurrió la lesión. Especifique la opción correspondiente, coincida o no con el sitio donde ocurrió la defunción.

23.4. ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Si la muerte es un presunto homicidio, escriba el parentesco con el(la) fallecido(a) del presunto responsable, *ejemplo:* esposo(a), padre, madre, concubino(a). En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".

23.6. Anote de manera precisa las circunstancias que originaron la lesión que causó la muerte, *ejemplo:* caída de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida.

23.7. Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión. En caso de haber ocurrido en la carretera, especifique además del nombre de la carretera, el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.

26. CERTIFICADA POR. En el caso de ser un médico pasante el que certifique, éste debe registrarse en la opción 4 "Personas autorizadas por la Secretaría de Salud".

27.DATOS DEL CERTIFICANTE. No omitir ningún dato que lo identifique. La firma es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se recomienda se plasme en original en los cuatro tantos del Certificado. Para el caso de certificantes médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional.

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN. Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

ABREVIATURAS

CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. INF: Informante. NÚM: Número. REG: Registro.

SEMEFO: Servicios Médicos Forenses.

2012-03-05 15:00