



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016
FOLIO

160630608

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)				
		Francisco Emilio		Apellido paterno	Garza	
2. CURP		Se ignora <input type="radio"/> 99	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> 1	Mujer <input type="radio"/> 2	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO	7. TALLA	8. NACIONALIDAD	4. NACIONALIDAD	
Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		12 Kilogramos	13.43 Metros	Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Día 11 Mes 09 Año 2016	
9. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora Minutos	Para menores de un día Horas	Para menores de un mes Días	Para menores de un año Meses	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: 019096940		10. ESTADO CONYUGAL	11. RESIDENCIA HABITUAL			
11.1 Calle y número		En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.2 Colonia	11.3 Localidad	11.4 Municipio o delegación	
11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		12. ESCOLARIDAD	13. OCUPACIÓN HABITUAL	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ 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?	
16.1 Calle y número		16.2 Colonia	16.3 Localidad	16.4 Municipio o delegación	16.5 Entidad federativa	
17.1 Día 25 Mes 11 Año 2016		17.2 Horas 19:20	17.3 Minutos	18.1 Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	19.1 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		22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS				
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		a) Debido a (o como consecuencia de)	Falla orgánica multiple	22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
{		b) Debido a (o como consecuencia de)	Choque septico por Stenotrophomonas <input type="radio"/> 7d	El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		c) Debido a (o como consecuencia de)	Falla renal	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05	22.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?	
{		d) Debido a (o como consecuencia de)	Diplasia branquopulmonar <input type="radio"/> 2meses	Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	22.5 Causa básica de defunción Código CIE	
{			Insuficiencia pulmonar	Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		
{			Prematuridad	Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión	24. NOMBRE			
23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 99		Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05	Área deportiva <input type="radio"/> 03 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?	
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 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	23.7.1 Calle y número	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión		23.7.2 Colonia	23.7.3 Localidad	23.7.4 Municipio o delegación	23.7.5 Entidad federativa	
24. DEL INF.		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		26. CERTIFICADA POR		
DEL CERTIFICANTE		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		28. NOMBRE		
REG. CIVIL		Número de la cédula profesional		29. TELÉFONO		
30. DOMICILIO		31. FIRMA	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	Día 28 Mes 11 Año 2016			
{		34.1 Localidad				

160630608

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

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS