



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

Modelo 2016

FOLIO

160631820

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Erasmio

Manuel

García

2. CURP

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí ☒

No ☐

Se ignora ☐

6. PESO

27

Kilogramos

Gramos

7. TALLA

1.48

Metros

Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO

10/06/1990

Día

Mes

Año

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

Años cumplidos

Se ignora ☐

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:

10. ESTADO CONYUGAL

En unión libre ☐

Separado(a) ☐

Divorciado(a) ☐

Viudo(a) ☒

Soltero(a) ☐

Casado(a) ☐

Se ignora ☐

11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)

11.1 Calle y número

11.2 Colonia

11.3 Localidad

11.4 Municipio o delegación

12. ESCOLARIDAD

Ninguna ☐

Primaria incompleta ☐

Secundaria incompleta ☐

Bachillerato o preparatoria incompleta ☐

Profesional ☐

Se ignora ☐

Preescolar ☐

Primaria completa ☐

Secundaria completa ☒

Bachillerato o preparatoria completa ☐

Posgrado ☐

13. OCUPACIÓN HABITUAL

Agricultor

13.1 Trabajaba

Sí ☒

No ☐

Se ignora ☐

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna ☐

ISSSTE ☐

SEDENA ☐

Seguro Popular ☒

Otra ☐

IMSS ☐

PEMEX ☐

SEMAR ☐

IMSS Oportunidades ☐

Se ignora ☐

14.1 Número de seguridad social o afiliación

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud ☐

IMSS ☐

PEMEX ☐

SEMAR ☐

Unidad médica privada ☐

IMSS Oportunidades ☐

ISSSTE ☐

SEDENA ☐

Otra unidad pública ☐

15.1 Nombre de la unidad médica

Vía pública ☐

Otro lugar ☐

Hogar ☒

Se ignora ☐

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

16.1 Calle y número

16.2 Colonia

16.3 Localidad

16.4 Municipio o delegación

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

27/01/2017

Día

20

Mes

19:00

Año

Horas

Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

Sí ☐

No ☐

Se ignora ☐

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Sí ☐

No ☒

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a)

Debido a (o como consecuencia de)

b)

Debido a (o como consecuencia de)

c)

Debido a (o como consecuencia de)

d)

Causas antecedentes
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Uso exclusivo del personal codificador

Código CIE

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo ☐

El parto ☐

El puerperio ☐

43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐

No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Sí ☐

No ☐

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Sí ☐

No ☐

Uso exclusivo del personal codificador

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto

Accidente ☐

Homicidio ☐

Suicidio ☐

Se ignora ☐

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Sí ☐

No ☐

Se ignora ☐

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular ☐

Área deportiva ☐

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐

Calle o carretera (vía pública) ☐

Escuela u oficina pública ☐

Área comercial o de servicios ☐

Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐

Granja (rancho o parcela) ☐

Otro ☐

Se ignora ☐

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?

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

23.7.5 Entidad federativa

SI LA DEFUNCIÓN FUERUE 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

