



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

Modelo 2016  
FOLIO

160631820

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Erasmo  
Nombre(s)

Manuel  
Apellido paterno

García  
Apellido materno

2. CURP

Se ignora  99

3. SEXO

Hombre  1

Mujer  2

Se ignora  9

4. NACIONALIDAD

Mexicana  01

Otra  02

Se ignora  9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

SI  1

No  2

Se ignora  9

6. PESO

23

Kilogramos

Gramos

7. TALLA

1.68

Metros

Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO

01

Día

06

Mes

19

Año

DEL FALLECIDO

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

Para personas de un año o más

Años

cumplidos

Se ignora  9

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

10. ESTADO CONYUGAL

En unión libre  4

Separado(a)  6

Divorciado(a)  3

Viudo(a)  2

Soltero(a)  1

Casado(a)  5

Se ignora  9

11. RESIDENCIA HABITUAL

Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)

11.1 Calle y número

Mattuac

Av. Benito Juárez

No. 17

11.2 Colonia

Col. Orla

11.3 Localidad

11.4 Municipio o delegación

12. ESCOLARIDAD

Ninguna  1

Primaria incompleta  2

Secundaria incompleta  4

Bachillerato o preparatoria incompleta  11

Profesional  7

Se ignora  99

Preescolar  12

Primaria completa  3

Secundaria completa  5

Bachillerato o preparatoria completa  6

Posgrado  10

13. Ocupación Habitual

Agricultor  1

Se ignora  99

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna  1

ISSSTE  3

SEDENA  5

Seguro Popular  7

Otra  8

IMSS  2

PEMEX  4

SEMAR  6

IMSS Oportunidades  10

Se ignora  99

14.1 Número de seguridad social o afiliación

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud  1

IMSS  3

PEMEX  5

SEMAR  7

Unidad médica privada  9

IMSS Oportunidades  2

ISSSTE  4

SEDENA  6

Otra unidad pública  8

15.1 Nombre de la unidad médica

Vía pública  10

Otro lugar  12

Hogar  11

Se ignora  99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

16.1 Calle y número

Mattuac

Av. Benito Juárez

No. 17

16.2 Colonia

Col. Orla

16.3 Localidad

16.4 Municipio o delegación

16.5 Entidad federativa

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

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

- a) Debido a (o como consecuencia de) *Sentíome de incontinencia adquirida*  
*de la fundación.*
- b) Debido a (o como consecuencia de) *De micturación hipopresaria.*
- c) Debido a (o como consecuencia de) *De micturación hipopresaria.*
- d) Debido a (o como consecuencia de) *De micturación hipopresaria.*

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Uso exclusivo del personal codificador Código CIE

PARTE II

Otros estados patológicos

significativos que contribuyeron a

la muerte, pero no relacionados

con la enfermedad o estado

morbo que la produjo

*Desmame de hipopresaria.*

1 Mes

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

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo  1

El parto  2

El puerperio  3

No estuvo embarazada en los

últimos 11 meses previos a la muerte  5

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

SÍ  1

No  2

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

SÍ  1

No  2

Uso exclusivo del personal codificador

Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto

Accidente  1

Homicidio  2

Suicidio  3

Se ignora  9

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

SÍ  1

No  2

Se ignora  9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular  0

Área deportiva  3

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  1

Calle o carretera (vía pública)  4

Escuela u oficina pública  2

Área comercial o de servicios  5

Se ignora  9

Área industrial (taller, fábrica u obra)  6

Granja (rancho o parcela)  7

Otro  8

Área comercial o de servicios  5

Se ignora  9

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

SI LA DEFUNCIÓN NO 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

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

