



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

Modelo 2017

FOLIO

170644901

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^ª COPIA (ROSA) Y LA 2^ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Jose Juan Carlos Ramírez		Man	
2. FECHA DE NACIMIENTO		2003 1 9 80		3. SEXO	
5. CURP		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos <input type="radio"/> 0 3 7		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		7. NACIONALIDAD	
11. ESCOLARIDAD		10.1 Tipo de vialidad		Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		10.2 Nombre de la vialidad		10.6 Nombre del asentamiento humano	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		10.7 Código Postal		10.8 Localidad	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		12. Ocupación habitual	
PARTE I		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		14.3 Número de seguridad social o afiliación	
Causas antecedentes		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad	
PARTE II		15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
23. NOMBRE		15.7 Código Postal		15.8 Localidad	
25. CERTIFICADA POR		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa	
DEL INF.		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
27. DATOS DEL CERTIFICANTE		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Código CIE	
28. DATOS DEL FALLECIDO		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
29. DATOS DEL FAMILIAR		22.4.1 Relación con el presunto agresor		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	
30. DATOS DEL FAMILIAR		22.4.2 Relación con el presunto agresor		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
31. DATOS DEL FAMILIAR		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad	
32. DATOS DEL FAMILIAR		22.7.2 Nombre de la vialidad		22.7.3 Núm. Exterior	
33. DATOS DEL FAMILIAR		22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano	
34. DATOS DEL FAMILIAR		22.7.6 Nombre del asentamiento humano		22.7.7 Código Postal	
35. DATOS DEL FAMILIAR		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación	
36. DATOS DEL FAMILIAR		22.7.10 Entidad federativa		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
37. DATOS DEL FAMILIAR		25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
38. DATOS DEL FAMILIAR		Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/>		9869583	