



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

Modelo 2017

FOLIO

170653433

\*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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
Se ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Mexicana <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL			
Para menores de una hora Minutos		Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5		Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			
Para menores de un día Horas		En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		10.1 Tipo de vialidad			
Para menores de un mes Días				10.2 Nombre de la vialidad			
Para menores de un año Meses				10.3 Núm. Exterior			
Para personas de un año o más Años cumplidos				10.4 Núm. Interior			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				10.5 Tipo de asentamiento humano			
8.2 Semanas de gestación:				10.6 Nombre del asentamiento humano			
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL			
Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		Se ignora <input type="radio"/> 99			
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99				12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación					
Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8							
IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99							

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA?	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		15.1 Tipo de vialidad		Día Mes Año Horas Minutos		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
15.3 Núm. Exterior		15.2 Nombre de la vialidad		15.4 Núm. Interior		14.1 Número de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano		15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación	
15.10 Entidad federativa				15.11 Tipo de asentamiento humano		15.12 Nombre del asentamiento humano		15.13 Municipio o delegación	
15.14 Localidad		15.15 Municipio o delegación		15.16 Entidad federativa					

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
a) Debido a (o como consecuencia de)		Código CIE	
b) Debido a (o como consecuencia de)		Código CIE	
c) Debido a (o como consecuencia de)		Código CIE	
d) Debido a (o como consecuencia de)		Código CIE	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		Código CIE	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
21.1 Especifique		22.1 Fue un presunto	
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3		Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	
43 días a 11 meses después del parto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	
		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Añote el lugar donde tenía el presunto accidente o suicidio	
Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6	
Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4		Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7	
Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad	
22.7.2 Nombre de la vialidad		22.7.3 Núm. Exterior	
22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano	
22.7.6 Nombre del asentamiento humano		22.7.7 Código Postal	
22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación	
22.7.10 Entidad federativa			

DEL INF.

23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)		Primer Apellido	
Primer Apellido		Segundo Apellido	

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICANTE POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3		Número de la cédula profesional	
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		27. FIRMA	
*Especifique			

DEL REG. CIVIL

27. NOMBRE		28. FIRMA	
Nombre(s)		Primer Apellido	
Primer Apellido		Segundo Apellido	
29. DOMICILIO		29.1 Tipo de vialidad	
29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior	
29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal	
29.8 Localidad		29.9 Municipio o delegación	
29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		Día Mes Año	

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
Núm. Libro Núm.		32.1 Localidad	
31.1 Acta Núm.		32.2 Municipio o delegación	
		32.3 Entidad federativa	
		32.4 Día Mes Año	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD