



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

180642619

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Nombre(s) _____

Primer Apellido _____

Segundo Apellido _____

2. FECHA DE NACIMIENTO

Día Mes Año

3. SEXO

Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP

Se ignora 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí 1 No 2 Se ignora 9

7. NACIONALIDAD

Mexicana 1

Se ignora 9

Otra 2 →

Especifique _____

8. 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 _____

Años cumplidos _____
Se ignora 9

Para menores de 28 días anote:

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:

8.2 Semanas de gestación:

8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL

Separado(a) 6 En unión libre 4

Viudo(a) 2

Casado(a) 5

Divorciado(a) 3

Soltero(a) 1

Se ignora 9

10. RESIDENCIA HABITUAL

Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)

10.1 Tipo de vialidad

10.2 Nombre de la vialidad

SN

Tijuana

San Francisco

10.3 Núm. Exterior

177760

10.4 Núm. Interior

177761

10.5 Tipo de asentamiento humano

Tijuana

10.6 Nombre del asentamiento humano

Tijuana

10.7 Código Postal

22400

10.8 Localidad

Tijuana

10.9 Municipio o delegación

Tijuana

10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

Méjico

11. ESCOLARIDAD

Ninguna 1

Preescolar 12

Bachillerato o preparatoria 7

Profesional 8

Posgrado 10

Secundaria 5

Primaria 3

Completa 1

Incompleta 2

Se ignora 99

11.1 La escolaridad seleccionada es:

12. OCUPACIÓN HABITUAL

Se ignora 99

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 1

IMSS 2

ISSSTE 3

SEDENA 5

PEMEX 7

SEMAR 6

IMSS PROSPERA 10

Otra 8

Seguro Popular 7

IMSS PROSPERA 99

13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud 1

IMSS 3

PEMEX 5

SEMAR 7

Otra unidad médica pública 8

Unidad médica privada 9

14.1 Nombre de la unidad médica

Vía pública 10

Otro lugar 12

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

15.1 Tipo de vialidad

15.2 Nombre de la vialidad

15.3 Núm. Exterior

752410

15.4 Núm. Interior

2395

15.5 Tipo de asentamiento humano

Colonia

15.6 Nombre del asentamiento humano

Colonia Potrero

15.7 Código Postal

22400

15.8 Localidad

Colonia

15.9 Municipio o delegación

Colonia

15.10 Entidad federativa

Méjico

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

16.1 Día

12

16.2 Mes

31

16.3 Año

2018

16.4 Horas

15

16.5 Minutos

00

16.6

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

Sí 1 No 2 Se ignora 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Sí 1 No 2

19. 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)

Causas antecedentes

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

b) Debido a (o como consecuencia de)

c) Debido a (o como consecuencia de)

d) Debido a (o como consecuencia de)

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

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

21.1 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

SI 1 No 2 Se ignora 9

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

SI 1 No 2 Se ignora 9

21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

SI 1 No 2 Se ignora 9

Uso exclusivo del personal codificador Código CIE

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidente 1

Homicidio 2

Suicidio 3

Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Sí 1 No 2 Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular 0

Área industrial (taller, fábrica u obra) 6

Área deportiva 3

Granja (casa rural) 4

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1

Calle o carretera (vía pública) 5

Escuela u oficina pública 2

Área comercial o de servicios 6

Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)

Amigo 1

Conocido 2

Parentesco 3

Ex pareja 4

Relación de parentesco 5

Se ignora 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 Anote 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 Descripción breve de la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.7 Código Postal

22.7.8 Localidad

22.7.9 Municipio o delegación

22.7.10 Entidad federativa

22.8 Firma

23. NOMBRE

Nombre(s) _____

Primer Apellido _____

Segundo Apellido _____

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

Número de la cédula profesional

25. CERTIFICADA POR

Médico tratante 1

Médico legista 2

Otro médico* 3

Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4

Autoridad civil* 5

Otro* 8

*Especifique

Número de la cédula profesional

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

27. NOMBRE

Nombre(s) _____

Primer Apellido _____

Segundo Apellido _____

28. FIRMA

29. DOMICILIO Y TELÉFONO

29.1 Tipo de vialidad

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido el fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- **De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.**
- Para el llenado de este Certificado auxiliense con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a), sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica recorra al expediente clínico para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. **La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico del fallecido. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificador está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.**
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, *ejemplo*: para 5 de marzo de 2016 anote **0|5|0|3|2|0|1|6**. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, *ejemplo*: si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: **9|9|9|2|0|1|0**.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Rancharía, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- 1. NOMBRE DE EL(LA) FALLECIDO(A).** Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que el(la) fallecido(a) sea un(a) recién nacido(a) sin Acta de Nacimiento, escribir "RN" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre.
- 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anote el nombre de la entidad federativa donde nació el fallecido. Si éste nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa".
- 6. ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que el fallecido(a) hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para los fallecidos menores de 5, preguntar si algunos de los padres se asume como indigena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "Sí".
- 8. EDAD CUMPLIDA.** Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que el(la) fallecido(a) vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, *ejemplo*: para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos **9|9|9|**. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad.
Para menores de 28 días de nacido: 8.1 Anote el Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9.
8.2 Anote las semanas de gestación y 8.3 Anote el peso en gramos.
- 9. ESTADO CONYUGAL.** Situación de el(la) fallecido(a) de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero(a)".
- 10. RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente el(la) fallecido(a). Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
- 11. ESCOLARIDAD.** Esta pregunta aplica para fallecidos(as) de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de el(la) fallecido(a) y en 11.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
- 12. OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, *ejemplo*: obrero(a), maestro(a), etc. En 12.1 marque la opción "Sí" cuando el(la) fallecido(a) contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando el(la) fallecido(a) se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, jubilado(a), rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
- 13. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliado(a) el(la) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que el fallecido(a) no tenía afiliación a servicios de salud.
- 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN.** Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 14.1 y en 14.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, *ejemplo*: si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote **1|7|0|9|**.
- 18. SE PRACTICÓ NECROPSIA.** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- 19. CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

PARTE I: En la línea a) escriba la enfermedad, lesión o estado patológico que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en **orden cronológico** que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a (o como consecuencia de)", la cual indica que **la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella**.

PARTE II: Cuando aplique, registre alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, *ejemplo*:

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		(Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar estados de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador
PARTE I	Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Peritonitis aguda Debido a (o como consecuencia de)	2 días	Código CIE
		b) Perforación del duodeno Debido a (o como consecuencia de)	4 días	
		c) Úlcera duodenal Debido a (o como consecuencia de)	3 años	
PARTE II	Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo	d) Hipertensión arterial	5 años	

- 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 a 54 AÑOS.** Por ningún motivo debe dejarse sin respuestas. Marque en 21.1 una de las opciones de la 1 a la 5 y no omita responder las preguntas 21.2 y 21.3.
- 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA.** Avise inmediatamente a la autoridad civil. El médico legista es el responsable de expedir el Certificado, respondiendo a cada una de las preguntas de este apartado con base a la información disponible.
 - 22.1. Fue un presunto. No omita la respuesta. La opción seleccionada, denota una presunción no una afirmación.
 - 22.3. Sitio donde ocurrió la lesión. Especifique la opción correspondiente, coincide o no con el sitio donde sucedió la defunción.
 - 22.4. Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a). Si la muerte es un presunto homicidio, escriba el parentesco con el(la) fallecido(a) del presunto responsable, *ejemplo*: esposo(a), padre, madre, concubino(a). En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
 - 22.6. Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio, *ejemplo*: caída de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida.
 - 22.7. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocurrido en la carretera, especifique además del nombre de la carretera, el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio conocido" en su caso use referencias.
- 25-29. DATOS DEL CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que lo identifique. En el caso de ser un médico pasante el que certifique, éste debe registrarse en la opción 4 "Personas autorizadas por la Secretaría de Salud". Para el caso de médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional. La firma del certificador es de carácter obligatorio, ser autógrafo y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
- 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

ABREVIATURAS

CEN: Certificado Electrónico de Nacimiento. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. INF: Informante. NÚM: Número. REG: Registro.