



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017 1
FOLIO

160642624

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Juan Carlos Nájera		Sánchez			
		Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO				
Día	Mes	Año	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD	Se ignora <input type="radio"/> 9			
		Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1	Otra <input type="radio"/> 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		
		Para personas de un año o más _____ Años cumplidos					
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5		
				En unión libre <input type="radio"/> 4	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Sotero(a) <input checked="" type="radio"/> 1		
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad					
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.2 Nombre de la vialidad					
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano		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:					
Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	12. OCUPACIÓN HABITUAL			
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input checked="" type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8	14.4 Nombre de la unidad médica				
		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	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica				Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.3 Unidad médica			
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6			14.5 Nombre de la vialidad			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad				15.2 Nombre de la vialidad	
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	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			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?				18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día	Mes	Año	Horas	Minutos	SI <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9
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)	Choque redistrubutivo				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		
	Debido a (o como consecuencia de)						
b)	Empiema				días		
	Debido a (o como consecuencia de)						
c)	Neumonía por atípicos				días		
	Debido a (o como consecuencia de)						
d)							
PARTE II							
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Uso exclusivo del personal codificador	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	SI <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5			SI <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión					
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área industrial <input type="radio"/> 0 (taller, fábrica u obra)			
Homicidio <input type="radio"/> 2			Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.)	Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (vía pública)			
Suicidio <input type="radio"/> 3	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8		
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 Nombre del asentamiento humano			

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS