



**SECRETARIA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

FOLIO

180644268

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

|  |  |   |  |   |  |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)   |  | (scna) . . . . .  |  | Primer Apellido   |  | Segundo Apellido   |  |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO<br>Día Mes Año  |  | 3. SEXO<br>Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9   |  | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)   |  |  |  |
| 5. CURP  |  | Se ignora <input type="radio"/> 99  |  | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9  |  | 7. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique |  |
| 8. EDAD CUMPLIDA<br>Para menores de una hora<br>Minutos  |  | Para menores de un día<br>Horas   |  | Para menores de un mes<br>Días  |  | Para menores de un año<br>Meses  |  |
| Para menores de 28 días anote:<br>8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:   |  | 8.2 Semanas de gestación:   |  | 8.3 Peso (gramos):  |  | Para personas de un año o más<br>Años cumplidos  |  |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL<br>Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)  |  | 10.1 Tipo de vialidad   |  | 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<br>Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99   |  | 11.1 La escolaridad seleccionada es:<br>Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2   |  | 12. OCUPACIÓN HABITUAL<br>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<br>IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10   |  | SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99                                   |  | 13.1 Número de seguridad social o afiliación  |  |  |  |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 9  |  | 14.1 Nombre de la unidad médica   |  | 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)<br>Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99   |  |  |  |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Día Mes Año  |  | 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?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 |  | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2  |  |  |  |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)<br>PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente  |  | Causas antecedentes<br>Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica                  |  | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte<br>Código CIE   |  |  |  |
| a) Debido a (o como consecuencia de)<br>Diabetes mellitus tipo II  |  | b) Debido a (o como consecuencia de)  |  |   |  |  |  |
| c) Debido a (o como consecuencia de)   |  | d) Debido a (o como consecuencia de)<br>Secuelas de meningitis<br>Retrazo mental  |  |   |  |  |  |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 |  | 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2                       |  | 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2  |  | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br>Código CIE  |  |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE<br>22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9   |  | 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9                                 |  | 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión<br>Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 |  | 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)                   |  |
| 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   |  |  |  |
| 22.7.7 Código Postal   |  | 22.7.8 Localidad  |  | 22.7.9 Municipio o delegación   |  | 22.7.10 Entidad federativa   |  |
| 23. NOMBRE<br>Nombre(s)  |  | Primer Apellido   |  | Segundo Apellido  |  | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)   |  |
| 25. CERTIFICADA POR<br>Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8  |  | *Especifique  |  | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br>Número de la cédula profesional   |  |  |  |
| 27. NOMBRE<br>Nombre(s)  |  | Primer Apellido   |  | Segundo Apellido  |  | 28. FIRMA  |  |
| 29. DOMICILIO Y TELÉFONO<br>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  |  | 29.11 Teléfono   |  |
| 29.9 Municipio o delegación  |  | 29.10 Entidad federativa  |  | 29.11 Teléfono  |  | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br>Día Mes Año  |  |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO<br>Núm. _____, Libro Núm. _____  |  | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO<br>32.1 Localidad   |  |   |  |  |  |

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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 GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE PARTICULARES

180644268

