



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

DE LA DEFUNCIÓN		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)												
		Nombre(s) <i>José Francisco López López</i>					Primer Apellido <i>López</i> Segundo Apellido							
DEL FALLECIDO		2. FECHA DE NACIMIENTO			3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO							
		Día	Mes	Año	Hombre <input 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			Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		Se ignora <input type="radio"/> 9			
					<input type="radio"/> Sí 1 <input type="radio"/> No 2 <input type="radio"/> Se ignora 9		<input type="radio"/> Sí 1 <input type="radio"/> No 2 <input type="radio"/> Se ignora 9		<input type="radio"/> Mexicana 1		<input type="radio"/> Otra 2 → Especifique			
		8. EDAD CUMPLIDA			Para menores de una hora <input type="radio"/> 1	Para menores de un día <input type="radio"/> 1	Para menores de un mes <input type="radio"/> 1	Para menores de un año <input type="radio"/> 1	Para personas de un año o más <input type="radio"/> 1	Meses	Años cumplidos <i>24</i>	Se ignora <input type="radio"/> 9		
					Minutos	Horas	Días							
		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			10. RESIDENCIA HABITUAL			
								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	Soltero(a) <input type="radio"/> 1	
		10. RESIDENCIA HABITUAL			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					
								<i>EL ZACATAN</i>	<i>Villa de Reyes</i>					
		10.7 Código Postal			10.8 Localidad			10.9 Municipio o delegación	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
								<i>511</i>	<i>JLP</i>					
		11. ESCOLARIDAD			11.1 La escolaridad seleccionada es:			12. OCUPACIÓN HABITUAL						
					Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> Sí 1 <input type="radio"/> No 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						
		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	13.1 Número de seguridad social o afiliación				
					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. 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						
		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99					
		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					
								<i>15.3 Núm. Exterior</i>	<i>15.4 Núm. Interior</i>					
		15.7 Código Postal			15.8 Localidad			15.9 Municipio o delegación	15.10 Entidad federativa					
								<i>15.7 Código Postal</i>	<i>15.8 Localidad</i>					
		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 <i>26</i>	Mes <i>10</i>	Año <i>2018</i>	Horas <i>18</i>	Minutos <i>18</i>	<input type="radio"/> Sí 1 <input type="radio"/> No 2 <input type="radio"/> Se ignora 99	<input type="radio"/> Sí 1 <input type="radio"/> No 2			
		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)			19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte						
		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			a) <i>Choque sepiaco</i>									
		Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica			b) <i>Septicemia</i>									
		PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo			c) <i>Endocarditis</i>									
					d) <i>Neuroinflam</i>									
MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		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?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:					<input type="radio"/> Sí 1 <input type="radio"/> No 2 <input type="radio"/> Se ignora 9	<input type="radio"/> Sí 1 <input type="radio"/> No 2	<input type="radio"/> Sí 1 <input type="radio"/> No 2					
		El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3										
		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											
		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE					22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)			
		Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1	O homicidio <input type="radio"/> 2	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Calle o carretera <input type="radio"/> 4	(rancho o parcela) <input type="radio"/> 7	Otro <input type="radio"/> 8	Se ignora <input type="radio"/> 9				
		Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> Sí 1 <input type="radio"/> No 2 <input type="radio"/> Se ignora 9	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	(vía pública) <input type="radio"/> 4								
		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:					Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o servicio <input type="radio"/> 5	Se ignora <input type="radio"/> 9					
		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo 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							

*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 POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE PARTICULARES