



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO
180652861

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		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. JAHABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
C1 U B1 T1 40111131H131021V1030		Se ignora <input type="radio"/> 99 Sí <input checked="" type="radio"/> No <input 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 un día		8.2. Semanas de gestación:	
de una hora		Para menores de un mes		8.3. Peso (gramos):	
Minutos		Para menores de un año		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5	
		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. RESIDENCIA HABITUAL		Para menores de un año		10.1 Tipo de vialidad	
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.4 Núm. Inferior		10.5 Tipo de asentamiento humano	
10.3 Núm. Exterior		10.7 Código Postal		10.6 Nombre del asentamiento humano	
				10.8 Localidad	
11. ESCOLARIDAD		10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
Ninguna <input type="radio"/> 1		Prescolar <input type="radio"/> 12		11.1 La escolaridad seleccionada es:	
Bachillerato <input type="radio"/> 7		Primaria <input type="radio"/> 3		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
preparatoria		Secundaria <input type="radio"/> 5		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
IMSS <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 2		SESSA <input type="radio"/> 3		SEMAR <input type="radio"/> 7	
PROSPERA <input type="radio"/> 2		PEMEX <input type="radio"/> 4		SEMAR <input type="radio"/> 7	
IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4		SEDENA <input type="radio"/> 5		Unidad pública <input type="radio"/> 9	
PROSPERA <input type="radio"/> 1		SEDENA <input type="radio"/> 6		Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10		14.1 Nombre de la unidad médica privada <input type="radio"/> 9	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1		SEMAR <input type="radio"/> 8		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
IMSS <input type="radio"/> 2		SEMAR <input type="radio"/> 9		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro <input type="radio"/> 12	
PROSPERA <input type="radio"/> 2		SEDENA <input type="radio"/> 10		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	
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		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)		19. PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
a) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Dabido a (o como consecuencia de)		Uso exclusivo del personal codificador	
		b) Debido a (o como consecuencia de)		Código CIE	
		c) Debido a (o como consecuencia de)		Uso exclusivo del personal codificador	
		d) Debido a (o como consecuencia de)		Código CIE	
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?	
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	
43 días a 11 meses después del parto o aborto		O 4 Últimos 11 meses previos a la muerte		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		22.4. Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
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		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 (taller, fábrica u obra) Área industrial <input type="radio"/> 6 (rancho o parcela) Granja <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 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 motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.10 Entidad federativa	
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	
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
25.1. Oficialia o Juzgado		25.2. Autoridad civil		25.3. Médico tratante	
Número _____ Líbro Núm. _____		Número _____		Número _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	
Número _____ Líbro Núm. _____		32.1 Localidad		Número _____ Líbro Núm. _____	
34. DOMICILIO Y Teléfono		35. NÚMERO DE LA CÉDULA PROFESIONAL		36. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior	
29.4 Número de la vialidad		29.5 Tipo de asentamiento humano		29.6 Número de la cédula profesional	
29.7 Código Postal		29.8 Localidad		30.1 Acta Núm. _____	
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		30.2 Acta Núm. _____	
31.1 Acta Núm. _____		29.11 Teléfono		30.3 Entidad federativa	
32.3 Municipio o delegación		32.4 Día Mes Año		32.5 Día Mes Año	
33.1 Acta Núm. _____		33.2 Municipio o delegación		33.3 Día Mes Año	

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