



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO
180653029

*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)		Nombre(s) _____		Primer Apellido _____		Segundo Apellido _____		
2. FECHA DE NACIMIENTO		Día	Mes	Año	3. SEXO			
					Hombre <input checked="" type="radio"/> 1	Mujer <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	
5. CURP				6. J. HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?				
				Si <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2		
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes		
						Para menores de un año		
						Para personas de un año o más		
						Años cumplidos		
						Se ignora <input type="radio"/> 9		
10. RESIDENCIA HABITUAL		Para menores de 28 días anote:		8.2. Semanas de gestación:		8.3. Peso (gramos):		
		8.1. Folio del Certificado de Nacimiento:						
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		Prescolar <input type="radio"/> 12		Primaria <input type="radio"/> 3		11.1. La escolaridad seleccionada es:		
		Bachillerato <input type="radio"/> 7		Secundaria <input type="radio"/> 5		11.1. La escolaridad seleccionada es:		
		Preparatoria <input type="radio"/> 8		Completa <input type="radio"/> 1		12. Ocupación habitual		
				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	12.1. Trabaja Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
		IMSS <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	SEMAR <input type="radio"/> 6	Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 9	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	14.1. Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
		IMSS <input type="radio"/> 2	PROSPERA <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 9	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		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	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		Día	Mes	Año	Horas	16.1. Fecha y hora de la defunción	17. ÚNICO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
							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, asfixia, etc.)		a)	b)	c)	d)	15.1. Tipo de vialidad	15.2. Nombre de la vialidad	
21. SILA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1. Especifique si la muerte ocurrió durante:	21.2. Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3. Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	21.4. ¿Se practicó necropsia?	21.5. Interventor aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	21.6. Personal codificador Código CIE	
		El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		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	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2			
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?	22.3. Sitio donde ocurrió la lesión	22.4. Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	22.5. Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	22.6. Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		
			Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6	Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (francho o parque) <input type="radio"/> 7	Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 Área comercial <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8	Se ignora <input type="radio"/> 9		
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	22.7.6. Nombre del asentamiento humano	22.7.10. Entidad federativa	22.7.7. Código Postal	22.7.8. Localidad	
22.7.3. Núm. Exterior		22.7.4. Núm. Interior	22.7.5. Tipo de asentamiento humano	22.7.9. Municipio o delegación	29.1. Tipo de vialidad	29.2. Nombre de la vialidad	29.3. Núm. Exterior	
23. NOMBRE		Nombre(s) _____	Primer Apellido _____	Segundo Apellido _____	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	28. FIRMA	29.4. Núm. Interior	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique _____	Número de la cédula profesional _____	29.5. Tipo de asentamiento humano		29.6. Nombre del asentamiento humano	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		Nombre(s) _____	Primer Apellido _____	Segundo Apellido _____			32.3. Entidad federativa	
							32.4. Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	29.10. Entidad federativa	29.11. Teléfono	32.1. Localidad	32.2. Municipio o delegación	32.3. Entidad federativa	
		Número _____						
31.1. Acta Núm. _____								