



1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____		Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____		10.5 Tipo de asentamiento humano _____		10.6 Nombre del asentamiento humano _____	
5. CURP _____		10.7 Código Postal _____		10.8 Localidad _____		10.9 Municipio o delegación _____	
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 menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		8.2 Semanas de gestación: _____		8.3 Paso (gramos): _____		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____		10.1 Tipo de vivienda _____		10.2 Nombre de la vivienda _____		10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8		14.1 Nombre de la unidad médica _____		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) _____		14.3 Número de seguridad social o afiliación _____	
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 Unidad médica pública <input type="radio"/> 8 privada <input type="radio"/> 9		15.1 Tipo de vivienda _____		15.2 Nombre de la vivienda _____		15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN _____		15.5 Tipo de asentamiento humano _____		15.6 Nombre del asentamiento humano _____		15.7 Código Postal _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		15.8 Localidad _____		15.9 Municipio o delegación _____		15.10 Entidad federativa _____	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ b) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de: parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 (taller, fábrica u obra) Granja <input type="radio"/> 7 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Añote 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 Nombre de la vivienda _____	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____		22.7.1 Tipo de vivienda _____		22.7.2 Nombre de la vivienda _____		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 _____		22.7.11 Teléfono _____		22.7.12 Entidad federativa _____	
23. NOMBRE Nombre(s) _____		Primer Apellido _____		Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL( LA ) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" 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 Número de la cédula profesional _____		27. NOMBRE Nombre(s) _____		28. FIRMA _____ 29.1 Tipo de asentamiento humano _____	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____		29.2 Nombre de la vivienda _____		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 _____		29.9 Municipio o delegación _____	
29.10 Entidad federativa _____		29.11 Teléfono _____		29.12 Entidad federativa _____		29.13 Entidad federativa _____	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____		32.2 Municipio o delegación _____	
32.3 Entidad federativa _____		32.4 Día _____ Mes _____ Año _____		32.5 Entidad federativa _____		32.6 Entidad federativa _____	
32.7 Entidad federativa _____		32.8 Entidad federativa _____		32.9 Entidad federativa _____		32.10 Entidad federativa _____	
32.11 Entidad federativa _____		32.12 Entidad federativa _____		32.13 Entidad federativa _____		32.14 Entidad federativa _____	
32.15 Entidad federativa _____		32.16 Entidad federativa _____		32.17 Entidad federativa _____		32.18 Entidad federativa _____	
32.19 Entidad federativa _____		32.20 Entidad federativa _____		32.21 Entidad federativa _____		32.22 Entidad federativa _____	
32.23 Entidad federativa _____		32.24 Entidad federativa _____		32.25 Entidad federativa _____		32.26 Entidad federativa _____	
32.27 Entidad federativa _____		32.28 Entidad federativa _____		32.29 Entidad federativa _____		32.30 Entidad federativa _____	
32.31 Entidad federativa _____		32.32 Entidad federativa _____		32.33 Entidad federativa _____		32.34 Entidad federativa _____	
32.35 Entidad federativa _____		32.36 Entidad federativa _____		32.37 Entidad federativa _____		32.38 Entidad federativa _____	
32.39 Entidad federativa _____		32.40 Entidad federativa _____		32.41 Entidad federativa _____		32.42 Entidad federativa _____	
32.43 Entidad federativa _____		32.44 Entidad federativa _____		32.45 Entidad federativa _____		32.46 Entidad federativa _____	
32.47 Entidad federativa _____		32.48 Entidad federativa _____		32.49 Entidad federativa _____		32.50 Entidad federativa _____	
32.51 Entidad federativa _____		32.52 Entidad federativa _____		32.53 Entidad federativa _____		32.54 Entidad federativa _____	
32.55 Entidad federativa _____		32.56 Entidad federativa _____		32.57 Entidad federativa _____		32.58 Entidad federativa _____	
32.59 Entidad federativa _____		32.60 Entidad federativa _____		32.61 Entidad federativa _____		32.62 Entidad federativa _____	
32.63 Entidad federativa _____		32.64 Entidad federativa _____		32.65 Entidad federativa _____		32.66 Entidad federativa _____	
32.67 Entidad federativa _____		32.68 Entidad federativa _____		32.69 Entidad federativa _____		32.70 Entidad federativa _____	
32.71 Entidad federativa _____		32.72 Entidad federativa _____		32.73 Entidad federativa _____		32.74 Entidad federativa _____	
32.75 Entidad federativa _____		32.76 Entidad federativa _____		32.77 Entidad federativa _____		32.78 Entidad federativa _____	
32.79 Entidad federativa _____		32.80 Entidad federativa _____		32.81 Entidad federativa _____		32.82 Entidad federativa _____	
32.83 Entidad federativa _____		32.84 Entidad federativa _____		32.85 Entidad federativa _____		32.86 Entidad federativa _____	
32.87 Entidad federativa _____		32.88 Entidad federativa _____		32.89 Entidad federativa _____		32.90 Entidad federativa _____	
32.91 Entidad federativa _____		32.92 Entidad federativa _____		32.93 Entidad federativa _____		32.94 Entidad federativa _____	
32.95 Entidad federativa _____		32.96 Entidad federativa _____		32.97 Entidad federativa _____		32.98 Entidad federativa _____	
32.99 Entidad federativa _____		32.100 Entidad federativa _____		32.101 Entidad federativa _____		32.102 Entidad federativa _____	

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



180653781

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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