



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**  
**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

180653785

**\*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**

180653785

**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**

<b>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)</b>		Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido
<b>2. FECHA DE NACIMIENTO</b>		Día	Mes	Año	
<b>5. CURP</b>					
<b>8. EDAD CUMPLIDA</b>		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año
		Minutos	Horas	Días	Meses
				8.2. Semanas	8.3. Peso (gramos):
				8.4. Gestación:	En unión libre <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
<b>10. RESIDENCIA HABITUAL</b>		Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			
		10.1. Tipo de vivienda			
10.3. Núm. Exterior		10.4. Núm. Interior		10.5. Tipo de asentamiento humano	
10.7. Código Postal		10.8. Localidad			
<b>11. ESCOLARIDAD</b>		10.9. Municipio o delegación			
Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/>		Prescolar <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>	Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>	11.1. La escolaridad seleccionada es:
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PROSPERA <input type="checkbox"/>	ISSSTE <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Otra unidad privada <input type="checkbox"/>	SEGURO POPULAR <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> SE IGNORA <input type="checkbox"/>	12.1. Trabajaba <input type="checkbox"/> 12.2. No <input type="checkbox"/>
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		13.1. Número de seguridad social o afiliación			
Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/>		14.1. Nombre de la unidad médica			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.2. Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
15.3. Núm. Exterior		15.4. Núm. Interior		15.5. Tipo de asentamiento humano	
15.7. Código Postal		15.6. Nombre del asentamiento humano			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		15.8. Localidad			
Día		Mes		Año	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		15.9. Municipio o delegación			
<b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			
a) Mencionar la enfermedad, lesión o estado que produjo la muerte directamente		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
b) Debe anotar la enfermedad, lesión o estado que produjo la muerte directamente		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
c) Debe anotar la enfermedad, lesión o estado que produjo la muerte directamente		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN			
d) Debe anotar la enfermedad, lesión o estado que produjo la muerte directamente		Código CIE			
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado que produjo la muerte		Uso exclusivo del personal codificador			
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada anteriormente, mencionándose en el último lugar la causa básica		21.1. Especifique si la muerte ocurrió durante:			
El embarazo <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/>		21.2. Si las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?			
22.1. Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> Sufrimiento <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/>		21.3. Si las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			
22.2. ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		21.4. Si las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			
22.3. Sitio donde ocurrió la lesión		21.5. Si las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			
Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera <input type="checkbox"/> Área industrial <input type="checkbox"/> Rancho o parcela <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		21.6. Si las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			
Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> Escuela u oficina <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/>		21.7. Si las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			
22.6. Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7. Si las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			
22.7. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.8. Si las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			
22.7.3. Núm. Exterior 22.7.4. Núm. Interior		22.9. Si las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			
22.7.7. Código Postal		22.10. Si las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			
<b>23. NOMBRE</b>		Primer Apellido	Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)				25. CERTIFICADA POR	
Médico tratante <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/>		Médico legista <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/>	Otro médico* <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/>	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
27. NOMBRE		*Especifique		27. NOMBRE	
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	28. FIRMA	
<b>29. DOMICILIO Y TELÉFONO</b>		29.1. Tipo de vialidad			
29.9. Municipio o delegación		29.2. Nombre de la vialidad			
29.6. Nombre del asentamiento humano		29.3. Núm. Exterior			
		29.4. Núm. Interior			
		29.5. Tipo de asentamiento humano			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		29.6. Localidad			
Número, _____, Libro Núm. _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
31.1. Acta Núm. _____		31.2. Localidad			
32. Municipio o delegación		32.2. Municipio o delegación			
32.3. Entidad federativa		32.4. Día Mes Año			
32.5. Día Mes Año		32.6. Día Mes Año			

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