



# SECRETARÍA DE SALUD

## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1  
FOLIO

180654978

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	REYES		REYES	REYES	REYES	REYES	REYES
	2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Hidalgo				
	21/04/1918	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)					
	Día Mes Año	5. CURP	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD	8. EDAD CUMPLIDA	9. ESTADO CONYUGAL	10. RESIDENCIA HABITUAL	11. ESCOLARIDAD
		Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	Para menores de una hora	Separado(a) <input type="radio"/> 6	10.1 Tipo de vialidad	Ninguna <input checked="" type="radio"/>
		99	99	Otra <input type="radio"/>	Para menores de un día	Viudo(a) <input type="radio"/> 2	10.2 Nombre de la vialidad	Preescolar <input type="radio"/> 12
				99	Para menores de un mes	Casado(a) <input type="radio"/> 5	10.3 Núm. Exterior	Primaria <input type="radio"/> 3
					415	En unión libre <input type="radio"/> 4	10.4 Núm. Interior	Secundaria <input type="radio"/> 5
					Días	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	B. San Pancho	Completa <input type="radio"/> 1
						Soltero(a) <input type="radio"/> 1	10.5 Tipo de asentamiento humano	Incompleta <input type="radio"/> 2
					Se ignora <input type="radio"/>	Berrio		
						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)		
DE LA DEFUNCIÓN	12. Ocupación habitual	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
	Se ignora <input type="radio"/>	Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 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"/>	Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Hospital General de la Unidad médica privada <input type="radio"/>	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
				14.1 Nombre de la unidad médica				
				14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE						
	PARTE I	Uso exclusivo del personal codificador						
	Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	Código CIE						
	a) Debido a (o como consecuencia de)							
	b) Debido a (o como consecuencia de)							
	c) Debido a (o como consecuencia de)							
	d) Debido a (o como consecuencia de)							
	Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica							
	PARTE II							
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo								
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	23. Sito donde ocurrió la lesión	24. Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)					
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	22.1 Fue un presunto accidente	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6					
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7					
43 días a 11 meses	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Otro <input type="radio"/> 8					
después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		Área 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 motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio							
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	22.7.10 Entidad federativa					
23. NOMBRE	REYES	REYES	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido						
25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO							
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3	Número de la cédula profesional							
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8								
	*Especifique							
27. NOMBRE	28. FIRMA							
Nombre(s)								
29. DOMICILIO Y TELÉFONO								
29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	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	29.11 Teléfono					
29.9 Municipio o delegación	29.10 Entidad federativa							
31.1 Acta Núm.	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año			
	32.1 Localidad							
	32.2 Municipio o delegación							
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO								
Núm. _____, Libro Núm. _____								
31.1 Acta Núm. _____								

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