

180657356

# SECRETARÍA DE SALUD

## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

## 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

## 2. FECHA DE NACIMIENTO

Día      Mes      Año

## 3. SEXO

Hombre Mujer Se ignora  9

## 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

## 5. CURP

Se ignora  99

99

99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí  1No  2Se ignora  9

## 7. NACIONALIDAD

Mexicana  1Otra  2Se ignora  9

99

99

Especifique

## 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

Años cumplidos

Para personas de un año o más

Años cumplidos

## 10. RESIDENCIA HABITUAL

Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)

10.1 Tipo de vialidad

10.2 Nombre de la vialidad

## 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

Ninguna  1Preescolar  12Primaria  3Secundaria  5Bachillerato o  7Profesional  8Posgrado  10Se ignora  99

## 11.1 La escolaridad seleccionada es:

Completa  1Incompleta  2

## 12. OCUPACIÓN HABITUAL

12.1 Trabajaba  1Sí  1No  2Se ignora  9Se ignora  99

## 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna  1ISSSTE  3SEDENA  5Seguro Popular  7Otra  8IMSS  2PEMEX  4SEMAR  6IMSS PROSPERA  10Se ignora  99

## 13.1 Número de seguridad social o afiliación

## 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud  1IMSS  3PEMEX  5SEMAR  7IMSS PROSPERA  2ISSSTE  4SEDENA  6Otra unidad pública  8Unidad médica privada  9

## 14.1 Nombre de la unidad médica

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública  10Otro lugar  12Hogar  11Se ignora  99

## 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

15.3 Núm. Exterior

15.4 Núm. Interior

15.5 Tipo de asentamiento humano

## 15.2 Nombre de la vialidad

15.6 Nombre del asentamiento humano

799360

15.7 Código Postal

15.8 Localidad

15.9 Municipio o delegación

15.10 Entidad federativa

## 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

16.1 Día

16.2 Mes

16.3 Año

16.4 Horas

16.5 Minutos

## 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

Sí  1No  2Se ignora  9

## 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Sí  1No  2

## 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, 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) \_\_\_\_\_

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

3 horas

## PARTE II

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

## 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

## 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo  1El parto  2El puerperio  3Sí  1No  2Se ignora  9Sí  1No  2Se ignora  9

## 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Sí  1No  2Sí  1No  2Sí  1No  2Se ignora  9

## Uso exclusivo del personal codificador

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

## 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

## 22.1 Fue un presunto

Accidente  1Homicidio  2Suicidio  3Se ignora  9

## 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Sí  1No  2Se ignora  9

## 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular  0Área deportiva  3Calle o carretera  4Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  1Granja (rancho o parcela)  7Otro  8Escuela u oficina pública  2Área comercial o de servicio  5Se ignora  9

## 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) 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 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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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