



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

180659092

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Nombre(s) Roberto Elizabeth Primer Apellido Martinez Segundo Apellido Hernandez

2. FECHA DE NACIMIENTO

13 / 10 / 2017  
Día Mes Año

3. SEXO

Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2 Se ignora ☐ 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP

MARIA 171013M S I R I A B A B

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9

7. NACIONALIDAD

Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 9

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 personas de un año o más

Años cumplidos

Se ignora ☐ 9

Para menores de 28 días anote:

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:

8.2 Semanas de gestación:

8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL

Separado(a) ☐ 6

Viudo(a) ☐ 2

Casado(a) ☐ 5

Se ignora ☐ 9

En unión libre ☐ 4

Divorciado(a) ☐ 3

Soltero(a) ☐ 1

Se ignora ☐ 9

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 ☐ 1

Preescolar ☐ 12

Primaria ☐ 3

Secundaria ☐ 5

11.1 La escolaridad seleccionada es:

Completa ☐ 1

Incompleta ☐ 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL

12.1 Trabajaba

Sí ☐ 1

No ☐ 2

Se ignora ☐ 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna ☐ 1

ISSSTE ☐ 3

SEDENA ☐ 5

Seguro Popular ☐ 7

Otra ☐ 8

Se ignora ☐ 9

13.1 Número de seguridad social o afiliación

2408303394

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud ☐ 1

IMSS ☐ 3

PEMEX ☐ 5

SEMAR ☐ 7

Unidad médica pública ☐ 8

Unidad médica privada ☐ 9

14.1 Nombre de la unidad médica

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ☐ 10

Otro lugar ☐ 12

Hogar ☐ 11

Se ignora ☐ 9

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

15.1 Tipo de vialidad

15.2 Nombre de la vialidad

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

15.9 Municipio o delegación

15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

19 / 11 / 2015 19 / 45  
Día Mes Año Horas Minutos

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

Sí ☐ 1

No ☐ 2

Se ignora ☐ 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Sí ☐ 1

No ☐ 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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)

Debido a (o como consecuencia de)

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

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

4:45h

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 ☐ 1

El parto ☐ 2

El puerperio ☐ 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4

No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5

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

Sí ☐ 1

No ☐ 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Sí ☐ 1

No ☐ 2

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

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Accidente ☐ 1

Homicidio ☐ 2

Suicidio ☐ 3

Se ignora ☐ 9

Sí ☐ 1

No ☐ 2

Se ignora ☐ 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular ☐ 0

Área deportiva ☐ 3

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1

Calle o carretera (vía pública) ☐ 4

Escuela u oficina pública ☐ 2

Área comercial o de servicio ☐ 5

Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 6

Granja (rancho o parcela) ☐ 7

Otro ☐ 8

Se ignora ☐ 9

22.4 Anote 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 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

\*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 DEBEN SER 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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS