

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

180659235

1. NOMBRE DEL  
FALLECIDO(A)

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO

Día

Mes

Año

3. SEXO

Hombre

Mujer

Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

Sí

No

Se ignora

9. ESTADO CONYUGAL

Separado(a)

6

Viudo(a)

2

Casado(a)

5

En unión libre

4

Divorciado(a)

3

Soltero(a)

1

10. RESIDENCIA HABITUAL

Año cumplidos

116

Se ignora

DEL FALLECIDO

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

Para menores de 28 días anote:

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:

8.2 Semanas de gestación:

8.3 Peso (gramos):

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

Preescolar

Primaria

Secundaria

Completa

Incompleta

11.1 La escolaridad seleccionada es:

Bachillerato o preparatoria

Profesional

Posgrado

Se ignora

12.1 Trabajaba

Sí

No

Se ignora

12. OCUPACIÓN HABITUAL

Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna

ISSSTE

SEDENA

Seguro Popular

Otra

IMSS

PEMEX

SEMAR

IMSS PROSPERA

Se ignora

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud

IMSS

PEMEX

SEMAR

Unidad médica privada

14.1 Nombre de la unidad médica

Vía pública

Otro lugar

IMSS PROSPERA

ISSSTE

SEDENA

Otra unidad pública

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Hogar

Se ignora

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

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

Día

Mes

Año

Horas

Minutos

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

Sí

No

Se ignora

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Sí

No

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)

Debido a (o como consecuencia de)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Uso exclusivo del personal codificador

Código CIE

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

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo

El parto

El puerperio

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

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

Sí

No

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

Sí

No

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

Homicidio

Suicidio

Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Sí

No

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular

Área deportiva

Área industrial (taller, fábrica u obra)

Granja

Calle o carretera (vía pública)

(rancho o parcela)

Otro

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)

Escuela u oficina pública

Área comercial o de servicio

Se ignora

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

23. NOMBRE

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

25. CERTIFICADA POR

Médico tratante

Médico legista

Otro médico\*

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

Otro\*

\*Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

Número de la cédula profesional

27. NOMBRE

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

28. FIRMA

DEL INF.

CERTIFICANTE

29. NOMBRE

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

30. NOMBRE

31. NOMBRE

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

32. NOMBRE

33. NOMBRE

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

34. NOMBRE

35. NOMBRE

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

36. NOMBRE

37. NOMBRE

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

38. NOMBRE

39. NOMBRE

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

40. NOMBRE

41. NOMBRE

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido