



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

Modelo 2017.1

FOLIO

190663025

*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 ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Adrian M...</u> Primer Apellido <u>...</u> Segundo Apellido <u>...</u>					
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>12</u> Mes <u>10</u> Año <u>1989</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Estado de México</u>			
5. CURP <u>110151A151910512131101FINUN017</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique <u>...</u>		
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>...</u> Minutos <u>...</u> Para menores de un día: <u>...</u> Horas <u>...</u> Días <u>...</u> Para menores de un mes: <u>...</u> Meses <u>...</u> Para personas de un año o más: <u>15</u> Años cumplidos <u>9</u>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle ...</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>...</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>...</u> 10.3 Núm. Exterior <u>...</u> 10.4 Núm. Interior <u>...</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>...</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>...</u> 10.7 Código Postal <u>...</u> 10.8 Localidad <u>...</u> 10.9 Municipio o delegación <u>...</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>...</u>					
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>...</u> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>24113034986</u>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>...</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>...</u> Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>...</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>...</u> 15.3 Núm. Exterior <u>...</u> 15.4 Núm. Interior <u>...</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>...</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>...</u> 15.7 Código Postal <u>...</u> 15.8 Localidad <u>...</u> 15.9 Municipio o delegación <u>...</u> 15.10 Entidad federativa <u>...</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>10</u> Mes <u>3</u> Año <u>2019</u> Horas <u>10</u> Minutos <u>10</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
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) <u>...</u> b) Debido a (o como consecuencia de) <u>...</u> c) Debido a (o como consecuencia de) <u>...</u> d) Debido a (o como consecuencia de) <u>...</u> 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 morboso que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>16 días</u> Código CIE <u>...</u>					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>...</u>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> (taller, fábrica u obra) Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>...</u>		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>...</u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>...</u> 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>...</u> 22.7.1 Tipo de vialidad <u>...</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>...</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>...</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>...</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>...</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>...</u> 22.7.7 Código Postal <u>...</u> 22.7.8 Localidad <u>...</u> 22.7.9 Municipio o delegación <u>...</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>...</u>			
23. NOMBRE Nombre(s) <u>...</u> Primer Apellido <u>...</u> Segundo Apellido <u>...</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>...</u>			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>...</u>			
27. NOMBRE Nombre(s) <u>...</u> Primer Apellido <u>...</u> Segundo Apellido <u>...</u>		28. FIRMA <u>...</u>			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>...</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>...</u> 29.3 Núm. Exterior <u>...</u> 29.4 Núm. Interior <u>...</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>...</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>...</u> 29.7 Código Postal <u>...</u> 29.8 Localidad <u>...</u> 29.9 Municipio o delegación <u>...</u> 29.10 Entidad federativa <u>...</u> 29.11 Teléfono <u>...</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>...</u> Mes <u>...</u> Año <u>...</u>			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>...</u> Libro Núm. <u>...</u> 31.1 Acta Núm. <u>...</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>...</u> 32.2 Municipio o delegación <u>...</u> 32.3 Entidad federativa <u>...</u> 32.4 Día <u>...</u> Mes <u>...</u> Año <u>...</u>			

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA