



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

190663025

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)

5. CURP

Se ignora

99

Sí

No

Se ignora

9

Otra

2

→

Especifique

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí

No

Se ignora

9

Otra

2

→

Especifique

7. NACIONALIDAD

Mexicana

1

Otra

2

→

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

Para personas de un año o más

Años cumplidos

Se ignora

9. ESTADO CONYUGAL

Separado(a)

6

Viudo(a)

2

Casado(a)

5

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

Preescolar

Primaria

Secundaria

Completa

Incompleta

11.1 La escolaridad seleccionada es:

12. OCUPACIÓN HABITUAL

Bachillerato o preparatoria

Profesional

Posgrado

Otra

12.1 Trabajaba

Sí

No

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

Otra unidad médica

privada

14.1 Nombre de la unidad médica

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública

Otro lugar

Hogar

Se ignora

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

Dia

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)

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

43 días a 11 meses

después del parto o aborto

El parto

No estuvo embarazada en los

últimos 11 meses previos a la muerte

El puerperio

Sí

No

Se ignora

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

Sí

No

Se ignora

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

Sí

No

Se ignora

Uso exclusivo del personal codificador

Código CIE

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidente

Suicidio

Homicidio

Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Sí

No

Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular

Vivienda colectiva

Escuela u oficina pública

Área industrial (taller, fábrica u obra)

Calle o carretera (vía pública)

Área comercial o de servicio

Granja (rancho o parcela)

Otro

Se ignora

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

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)

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

25. CERTIFICADA POR

Médico tratante

Médico legista

Otro médico*

Personas autorizadas por la Secretaría de Salud

Autoridad civil*

Otro*

*Especifique

Número de la cédula profesional

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

27. NOMBRE

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

28. FIRMA

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

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

29.9 Municipio o delegación

29.10 Entidad federativa

29.11 Teléfono

Día

Mes

Año

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO

Número

Libro Número

31.1 Acta Número

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

32.1 Localidad

32.2 Municipio o delegación

32.3 Entidad federativa

32.4 Día

Mes

Año

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA