



190673341

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

UNCIÓN 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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO			3. SEXO			4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
Día		Mes		Año		Hombre <input type="radio"/> 1		Mujer <input type="radio"/> 2		Se ignora <input type="radio"/> 9	
5. CURP			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			7. NACIONALIDAD			Se ignora <input type="radio"/> 9		
IRJN1530517M25SYN02			Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			Mexicana <input type="radio"/> 1			Otra <input type="radio"/> 2 →		
8. EDAD CUMPLIDA			Para menores de una hora			Para menores de un día			Para menores de un mes		
			Minutos			Horas			Días		
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:						8.2 Semanas de gestación:			8.3 Peso (gramos):		
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		
79663											
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			11.1 La escolaridad seleccionada es:			12. OCUPACIÓN HABITUAL			Se ignora <input type="radio"/> 99		
Ninguna <input type="radio"/> 1			Preescolar <input type="radio"/> 12			Primaria <input type="radio"/> 3			Secundaria <input type="radio"/> 5		
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7			Profesional <input type="radio"/> 8			Posgrado <input type="radio"/> 10			Completa <input type="radio"/> 1		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			13.1 Número de seguridad social o afiliación			Incompleta <input type="radio"/> 2			12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		
Ninguna <input type="radio"/> 1			ISSSTE <input type="radio"/> 3			SEDENA <input type="radio"/> 5			Seguro Popular <input type="radio"/> 7		
IMSS <input type="radio"/> 2			PEMEX <input type="radio"/> 4			SEMAR <input type="radio"/> 6			IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			14.1 Nombre de la unidad médica			14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12		
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1			IMSS <input type="radio"/> 3			PEMEX <input type="radio"/> 5			SEMAR <input type="radio"/> 7		
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2			ISSSTE <input type="radio"/> 4			SEDENA <input type="radio"/> 6			Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			15.1 Tipo de vialidad			15.2 Nombre de la vialidad			15.6 Nombre del asentamiento humano		
15.3 Núm. Exterior			15.4 Núm. Interior			15.5 Tipo de asentamiento humano			15.10 Entidad federativa		
15.7 Código Postal			15.8 Localidad			15.9 Municipio o delegación			16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		
Dia			Mes			Año			Horas		
15.10 Entidad federativa			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?					
SI <input type="radio"/> 1			No <input type="radio"/> 2			Se ignora <input type="radio"/> 99			SI <input type="radio"/> 1		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)			19.1 PARTE I			19.2 PARTE II			19.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica			Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			Código CIE		
a)			Debido a (o como consecuencia de)								
b)			Debido a (o como consecuencia de)								
c)			Debido a (o como consecuencia de)								
d)											
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?			21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:			El embarazo <input type="radio"/> 1			El parto <input type="radio"/> 2			El puerperio <input type="radio"/> 3		
43 días a 11 meses			No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 4			No <input type="radio"/> 5			SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
después del parto o aborto											
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión			22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)					
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9			22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?			Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2			Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		
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			22.7.1 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			Primer Apellido			Segundo Apellido			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
Nombre(s)											