



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

109

190673816

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			Nombre(s) _____			Primer Apellido _____		Segundo Apellido _____					
2. FECHA DE NACIMIENTO			3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO								
Día	Mes	Año	Hombre <input type="radio"/> 1	Mujer <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)							
5. CURP			Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD						
			Sí <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input type="radio"/> 1	Otra <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9				
8. EDAD CUMPLIDA			Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	Especifique					
			Minutos	Horas	Días	Meses			Años cumplidos <input type="radio"/> 9				
Para menores de 28 días anote:			8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL						
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:							Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input type="radio"/> 2	Casado(a) <input type="radio"/> 5				
							En unión libre <input type="radio"/> 4	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Soltero(a) <input type="radio"/> 1				
10. RESIDENCIA HABITUAL			10.1 Tipo de vialidad			10.2 Nombre de la vialidad							
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)													
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			11.1 La escolaridad seleccionada es:			12. OCUPACIÓN HABITUAL							
Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5				12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1	Sí <input type="radio"/> 1	Se ignora <input type="radio"/> 99				
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2								
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación					
			IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99						
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			14.1 Nombre de la unidad médica			14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)							
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7				Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12					
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9				Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99				
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			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?							
Día	Mes	Año	Horas	Minutos	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2				
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)			19.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:			19.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?			19.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			Uso exclusivo del personal codificador	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			a) Debido a (o como consecuencia de)									Código CIE	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica			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			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?			21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)			Uso exclusivo del personal codificador	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:			Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Área industrial <input type="radio"/> 6	(taller, fábrica u obra)			
El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5					Área deportiva <input type="radio"/> 3	Calle o carretera <input type="radio"/> 4	Granja <input type="radio"/> 7			
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4								(vía pública) <input type="radio"/> 1	(rancho o parcela) <input type="radio"/> 4	Otro <input type="radio"/> 8			
								Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Se ignora <input type="radio"/> 9			
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(a) fallecido(a)							
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1	Homicidio <input type="radio"/> 2	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Calle o carretera <input type="radio"/> 4	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área industrial <input type="radio"/> 6	(taller, fábrica u obra)					
Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera <input type="radio"/> 4	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Área deportiva <input type="radio"/> 3	(vía pública) <input type="radio"/> 1					
		No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9					Granja <input type="radio"/> 7	(rancho o parcela) <input type="radio"/> 4				
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			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)										
Nombre(s) _____			Primer Apellido _____			Segundo Apellido _____							
5. CERTIFICADA POR			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO										
Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico* <input type="radio"/> 3											
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique						Número de la cédula profesional				
7. NOMBRE			28. FIRMA										
Nombre(s) _____			Primer Apellido _____			Segundo Apellido _____							
9. 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			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
29.9 Municipio o delegación			29.10 Entidad Federativa			29.11 Teléfono							
1. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA FICHAJÍA O JUZGADO			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO										
úm. _____, Libro Núm. _____			32.1 Localidad _____										
1.1 Acta Núm. _____			32.2 Municipio o delegación			32.3 Entidad federativa			32.4 Día				

**ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA
INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD.**