



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

FOLIO

190675031

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. HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN 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)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Día Mes Año		Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
MAX 5540509411SPRXNO2		Se ignora ☐ Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		Mexicana ☒ Otra ☐ Especifique			
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL			
Para menores de una hora: Minutos		Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			
Para menores de un día: Horas				10.1 Tipo de vialidad			
Para menores de un mes: Días				10.2 Nombre de la vialidad			
Para menores de un año: Meses				10.3 Núm. Exterior			
Para personas de un año o más: Años cumplidos				10.4 Núm. Interior			
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				10.5 Tipo de asentamiento humano			
8.2 Semanas de gestación:				10.6 Nombre del asentamiento humano			
8.3 Peso (gramos):				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 ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☐		12.1 Trabajaba		Se ignora ☐			
13. AFILIACIÓN A SERVICIO DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación					
Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐							
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 ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐		14.3 Nombre de la unidad médica		14.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
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		Si ☐ No ☐ Se ignora ☐		Si ☐ No ☐			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Código CIE			
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)							
PARTE II: Otros estados patológicos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			
21.1 Especificar si la muerte ocurrió durante:		Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐			
Embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ Aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐							
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFICAR		22.1 Sitio donde ocurrió la lesión		22.2 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
22.1 Fue un presunto accidente ☐ homicidio ☐ suicidio ☐ Se ignora ☐		Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐					
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Descripción breve de la situación, circunstancia o motivos en que ocurrió el presunto accidente, homicidio o suicidio					
Si ☐ No ☐ Se ignora ☐							
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Descripción breve de la situación, circunstancia o motivos en que ocurrió el presunto accidente, homicidio o suicidio					
22.7 Añote 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		Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido					
25. CERTIFICADO POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		Número de la cédula profesional					
27. NOMBRE		28. FIRMA					
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		Firma					
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN					
29.1 Tipo de vialidad		Día Mes Año					
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							
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Núm. Libro Núm.		32.1 Localidad					
32.2 Fecha de registro							



190675031