



MARIA
FEUPA
BENICIA

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

Modelo 2017.1
FOLIO

190676709

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 <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		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
10923456789012		Se ignora <input type="radio"/> 99 Si <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 → Especifique			
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes	
Minutos		Horas		Días		Meses	
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 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad			
Añote 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		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		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				12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación					
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							
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		Unidad médica pública <input type="radio"/> 8		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		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Código CIE			
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							
a) Debido a (o como consecuencia de)							
b) Causas antecedentes							
Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica							
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?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Código CIE	
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3							
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5							
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
22.1 Fue un presunto		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3					
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4					
Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5					
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 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							
25. 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		Número de la cédula profesional					
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8		*Especifique					
27. NOMBRE		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	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
						Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Núm. Libro Núm.		32.1 Localidad					
31.1 Acta Núm.		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 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

*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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES



190676709