



MARIA  
FEUPA  
BENICIA

# SECRETARÍA DE SALUD

## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

190676709

356-337

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		Día	Mes	Año	3. SEXO	Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO
5. CURP						Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD		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
Para menores de 28 días anote:		Minutos	Horas	Días	Meses	Se ignora <input type="radio"/> 9	Años cumplidos
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL		
					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		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
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
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 Sí <input type="radio"/> 1			No <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			Vía pública <input type="radio"/> 10
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			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				Hogar <input type="radio"/> 11
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN				15.1 Tipo de vialidad			Se ignora <input type="radio"/> 99
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
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		Día	Mes	Año	Horas	Minutos	15.10 Entidad federativa
		10	01	2019	04	06	Sí <input type="radio"/> 1
							No <input type="radio"/> 2
							Se ignora <input type="radio"/> 9
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Sí <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Debido a (o como consecuencia de)		Debido a (o como consecuencia de)		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 el intervalo aproximado entre la enfermedad y la muerte	
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	SI <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Uso exclusivo del personal codificador
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		SI <input type="radio"/> 1		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUÉ 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		Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área industrial <input type="radio"/> 6			
Accidente <input type="radio"/> 1		Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1		Área deportiva <input type="radio"/> 3			
Homicidio <input type="radio"/> 2		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Calle o carretera <input type="radio"/> 4			
Suicidio <input type="radio"/> 3		Se ignora <input type="radio"/> 9		Rancho o parcela <input type="radio"/> 7			
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		Otro <input type="radio"/> 8			
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		Se ignora <input type="radio"/> 9			
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 DEL CERTIFICANTE		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1		Médico legista <input type="radio"/> 2		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Otro médico* <input type="radio"/> 3		Otro médico* <input type="radio"/> 3		Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE		Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro* <input type="radio"/> 8		28. FIRMA	
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
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	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad		Día <input type="radio"/> 1	
Número, _____, Libro Núm. _____		32.2 Municipio o delegación		32.3 Entidad federativa		Mes <input type="radio"/> 2	
31.1 Acta Núm. _____		32.4 Día <input type="radio"/> 3		32.5 Año <input type="radio"/> 4			
ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3 <sup>a</sup> COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD							

190676709