



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

190677017

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*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

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 Minutos	Para menores de un día Horas	Para menores de un mes Días	Para menores de un año Meses	Para personas de un año o más Años	9. ESTADO CONYUGAL				
							Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9			
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 N.º Exterior		10.4 N.º 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		Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7		Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8	Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL		Se ignora <input type="radio"/> 99
									12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4	ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99	Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación				
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		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 pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11	Otro lugar <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad	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		Día	Mes	Año	Horas	Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LA LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
		a) Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de)									
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica											
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		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		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 Código CIE			
		El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	El parto <input type="radio"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	El puerperio <input type="radio"/> 3	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	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2				
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)					
		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8	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 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 N.º Exterior		22.7.4 N.º 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						
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO									
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Personas autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique			Número de la cédula profesional				

0677017