



ARMONIA  
REVISADA  
VIAZQUEZ

**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1  
FOLIO

190677089  
356-408

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO

Día

Mes

Año

3. SEXO

Hombre

Mujer

Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP

Se ignora

Sí

No

Se ignora

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí

No

Se ignora

7. NACIONALIDAD

Mexicana

Otra

Se ignora

Especifique \_\_\_\_\_

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 cumplidos

Para menores de 28 días anote:  
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:

8.2 Semanas de gestación:

8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL

En unión libre

Separado(a)

Divorciado(a)

Viudo(a)

Casado(a)

Soltero(a)

Se ignora

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

10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD

Ninguna

Preescolar

Primaria

Secundaria

Bachillerato o preparatoria

Profesional

Posgrado

Se ignora

11.1 La escolaridad seleccionada es:

Completa

Incompleta

12. OCUPACIÓN HABITUAL

12.1 Trabajaba

Sí

No

Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna

IMSS

ISSSTE

SEDENA

Seguro Popular

PEMEX

SEMAR

IMSS PROSPERA

Se ignora

Otra

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:

8.2 Semanas de gestación:

8.3 Peso (gramos):

13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud

IMSS

PEMEX

SEMAR

Otra unidad pública

Unidad médica privada

14.1 Nombre de la unidad médica

Vía pública

Otro lugar

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

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

Día

Mes

Año

Horas

Minutos

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

Sí

No

Se ignora

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Sí

No

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

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)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Uso exclusivo del personal codificador

Código CIE

PARTE II

Otros estados

patológicos

significativos que contribuyeron a

la muerte, pero no relacionados

con la enfermedad o estado

morbo que produjo

la muerte

4.2.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Sí

No

4.2.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Sí

No

4.2.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)

Área industrial

(taller, fábrica u oficina)

Área deportiva

(cancha o parcela)

Granja

(rancho o parcela)

Otro

Se ignora

4.2.5 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 DEL INF

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

25. CERTIFICA DA POR

Médico tratante

Médico legista

Otro médico\*

Persona autorizada por la Secretaría de Salud

Autoridad civil\*

Otro\*

\*Especifique

Número de licencia profesional

28. FIRMA

27. NOMBRE

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

29. DOMICILIO y TELÉFONO

Nombre del asentamiento humano

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

29.9 Municipio o delegación

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN

29.10 Entidad federativa

29.11 Teléfono

29.12 Día

31.1 Mes

31.1 Año

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO

Núm. \_\_\_\_\_, Libro Núm. \_\_\_\_\_

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

32.1 Localidad

32.2 Municipio o delegación

32.3 Entidad federativa

31.1 Acta Núm. \_\_\_\_\_

32.4 Día

32.5 Mes

32.6 Año

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

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN  
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES  
DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES  
DEL REG. CIVIL

190677089