



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

Modelo 2017.1  
FOLIO

190681140

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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

DEL FALLECIDO

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)<br>Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____   |  |   |   |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO<br>Día _____ Mes _____ Año _____  |  | 3. SEXO<br>Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9  | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____   |
| 5. CURP<br>_____ Se ignora <input type="radio"/> 99  |  | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9   | 7. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique _____ Se ignora <input type="radio"/> 9 |
| 8. EDAD CUMPLIDA<br>Para menores de una hora _____ Minutos _____<br>Para menores de un día _____ Horas _____<br>Para menores de un mes _____ Días _____<br>Para menores de un año _____ Meses _____<br>Para personas de un año o más _____ Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> 9  |  | 9. ESTADO CONYUGAL<br>Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5<br>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<br>Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____<br>10.1 Tipo de vialidad _____ 10.2 Nombre de la vialidad _____<br>10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____<br>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<br>Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5<br>Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99   |  | 12. OCUPACIÓN HABITUAL<br>11.1 La escolaridad seleccionada es: _____<br>Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2<br>12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9                  |   |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br>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<br>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   |  | 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____  |   |

DE LA DEFUNCIÓN

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7<br>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<br>14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____<br>Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12<br>Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99  |  |  |   |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>15.1 Tipo de vialidad _____ 15.2 Nombre de la vialidad _____<br>15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____<br>15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____   |  |  |   |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br>Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____  |  | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2   |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)<br>PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente<br>a) Debido a (o como consecuencia de) _____<br>b) Debido a (o como consecuencia de) _____<br>c) Debido a (o como consecuencia de) _____<br>d) _____<br>Causas antecedentes<br>Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica<br>PARTE II<br>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo<br>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte<br>Código CIE<br>Uso exclusivo del personal codificador |  |  |   |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3<br>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   |  | 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2                       | 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE<br>22.1 Fue un presunto _____<br>Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9<br>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9  |  | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br>Código CIE _____<br>Uso exclusivo del personal codificador  |   |

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

|   |  |  |
|---|--|--|
| 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión<br>Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3<br>Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4<br>Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5<br>Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 |  | 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____ |
| 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 _____<br>22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____<br>22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____<br>22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____  |  |  |

DEL INF.

|  |   |
|--|---|
| 23. NOMBRE<br>Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)<br>_____ |
|--|---|

DEL CERTIFICANTE

|  |  |   |
|--|--|---|
| 25. CERTIFICADA POR<br>Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3<br>Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8<br>*Especifique _____   |  | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br>Número de la cédula profesional _____ |
| 27. NOMBRE<br>Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____   |  | 28. FIRMA<br>_____  |
| 29. DOMICILIO y TELÉFONO<br>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 _____<br>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 _____ |  |   |
| 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br>Día _____ Mes _____ Año _____  |  |   |

DEL REG. CIVIL

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO<br>Núm. _____, Libro Núm. _____<br>31.1 Acta Núm. _____ |  | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO<br>32.1 Localidad _____<br>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

Recibí 3 Hojas del certificado de defunción  
Fredie Hernández



190681140