



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

200630574

\*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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)<br>Nombre(s) <u>Francisco</u> Primer Apellido <u>Montes</u> Segundo Apellido <u>Castro</u>  |  |  |   |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO<br>Día <u>11</u> Mes <u>11</u> Año <u>1973</u>  | 3. SEXO<br>Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Chihuahua</u>   |   |
| 5. CURP<br><u>FRMNT011119730100000000000</u>   |  | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>  | 7. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____ |
| 8. EDAD CUMPLIDA<br>Para menores de un año: Días <u>11</u> Meses <u>11</u> Años <u>34</u><br>Para menores de un día: Horas <u>11</u> Minutos <u>11</u><br>Para menores de un mes: Días <u>11</u> Meses <u>11</u> Años <u>34</u><br>Para personas de un año o más: Años <u>34</u> Meses <u>11</u> Días <u>11</u> Se ignora <input type="radio"/>  |  | 9. ESTADO CONYUGAL<br>Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/><br>En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |   |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL<br>Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)<br>10.1 Tipo de vivienda <u>1</u> 10.2 Nombre de la vivienda <u>1</u><br>10.3 Núm. Exterior <u>1</u> 10.4 Núm. Interior <u>1</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>1</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>1</u><br>10.7 Código Postal <u>1</u> 10.8 Localidad <u>1</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>1</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>1</u>   |  |  |   |
| 11. ESCOLARIDAD<br>Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/><br>Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>  |  | 12. OCUPACIÓN HABITUAL<br>12.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |   |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br>Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/><br>IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |  | 13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>1</u>  |   |
| 14. SITO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>  |  | 14.1 Nombre de la unidad médica <u>1</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>1</u>  |   |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>15.1 Tipo de vivienda <u>1</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>1</u><br>15.3 Núm. Exterior <u>1</u> 15.4 Núm. Interior <u>1</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>1</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>1</u><br>15.7 Código Postal <u>1</u> 15.8 Localidad <u>1</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>1</u> 15.10 Entidad federativa <u>1</u>   |  |  |   |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br>Día <u>11</u> Mes <u>11</u> Año <u>2010</u> Horas <u>11</u> Minutos <u>11</u>  |  | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |   |
| 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>  |  | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>1</u> Código CIE <u>1</u>   |   |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.-)<br>PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente<br>a) <u>1</u><br>Debido a (o como consecuencia de) <u>1</u><br>b) <u>1</u><br>Debido a (o como consecuencia de) <u>1</u><br>c) <u>1</u><br>Debido a (o como consecuencia de) <u>1</u><br>d) <u>1</u><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  |  | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br>Código CIE <u>1</u>   |   |
| 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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/><br>A los días <u>1</u> a <u>11</u> meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>  |  | 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>   |   |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:<br>22.1 Fue un presunto<br>Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión<br>Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/><br>Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/><br>Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>1</u> |  | 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>1</u><br>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>1</u>                                     |   |
| 22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>1</u><br>22.7.1 Tipo de vivienda <u>1</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda <u>1</u><br>22.7.3 Núm. Exterior <u>1</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>1</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>1</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>1</u><br>22.7.7 Código Postal <u>1</u> 22.7.8 Localidad <u>1</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>1</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>1</u>  |  | 23. NOMBRE<br>Nombre(s) <u>Guadalupe</u> Primer Apellido <u>Castro</u> Segundo Apellido <u>Vieira</u><br>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)<br><u>1</u>  |   |
| 25. CERTIFICADA POR<br>Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/><br>Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique _____  |  | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br>Número de la cédula profesional <u>1</u>   |   |
| 27. NOMBRE<br>Nombre(s) <u>Guadalupe</u> Primer Apellido <u>Castro</u> Segundo Apellido <u>Vieira</u>  |  | 28. FIRMA <u>1</u>   |   |
| 29. DOMICILIO Y TELÉFONO<br>29.1 Tipo de vivienda <u>1</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>1</u> 29.3 Núm. Exterior <u>1</u> 29.4 Núm. Interior <u>1</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>1</u><br>29.6 Nombre del asentamiento humano <u>1</u> 29.7 Código Postal <u>1</u> 29.8 Localidad <u>1</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>1</u> 29.10 Entidad federativa <u>1</u> 29.11 Teléfono <u>1</u>  |  | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br>Día <u>11</u> Mes <u>11</u> Año <u>2010</u>  |   |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO<br>Núm. <u>1</u> Libro Núm. <u>1</u><br>31.1 Acta Núm. <u>1</u>  |  | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO<br>32.1 Localidad <u>1</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>1</u> 32.3 Entidad federativa <u>1</u> 32.4 Día <u>11</u> Mes <u>11</u> Año <u>2010</u>  |   |

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD